

Directeur de thèse: Dr Charles DURAND, prof. associé

A PROPOS D'UNE EXPÉRIENCE DE PSYCHIATRIE DE SECTEUR

THÈSE

PRÉSENTÉE À LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

DANIEL RERAT

de

FAHY (BE)

Thèse N° 3373

GENÈVE
IMPRIMERIE DE LA TRIBUNE DE GENÈVE
1974

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur Charles Durand, autorise l'impression de la présente thèse sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 6 novembre 1973.

Le doyen,
William GEISENDORF

Thèse n° 3373

Directeur de thèse: Dr Charles DURAND, prof. associé

A PROPOS D'UNE EXPÉRIENCE DE PSYCHIATRIE DE SECTEUR

THÈSE

PRÉSENTÉE À LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

DANIEL RERAT

de

FAHY (BE)

Thèse N° 3373

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur Charles Durand, autorise l'impression de la présente thèse sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 6 novembre 1973.

Le doyen,
William GEISENDORF

Thèse n° 3373



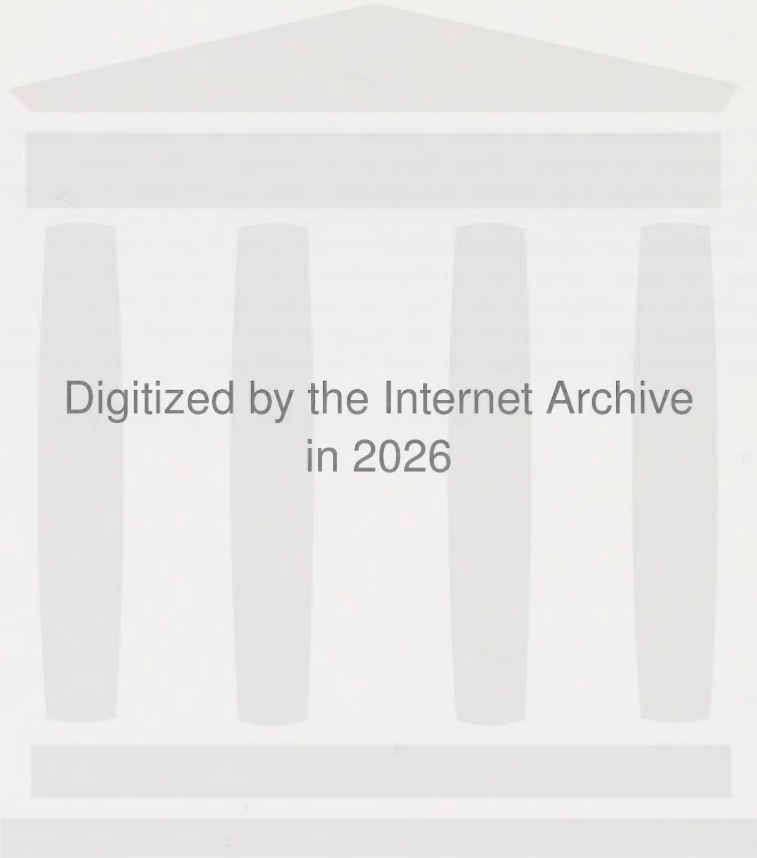
REMERCIEMENTS

A Monsieur le professeur Charles Durand dont la personnalité a su m'insuffler un dynamisme et un esprit critique constants; à Monsieur Jean-Louis Genoud, de l'Office Cantonal Vaudois de Statistiques, pour sa disponibilité et son aide concrète; à tous mes collègues et collaborateurs qui, par la diversité de leurs qualités humaines, ont apporté leur contribution à cette thèse.

*A tous les soignants grâce à qui ce travail a voulu
donner le reflet vivant de notre expérience commune.*

« Il ne paraît pas qu'on puisse amener l'homme par quelque moyen que ce soit à troquer sa nature contre celle d'un termites; il sera toujours enclin à défendre son droit à la liberté individuelle contre la volonté de la masse. Un bon nombre de luttes au sein de l'humanité se livrent et se concentrent autour d'une tâche unique à trouver un équilibre approprié, donc de nature à assurer le bonheur de tous, entre ces revendications de l'individu et les exigences culturelles de la collectivité. Et c'est l'un des problèmes dont dépend le destin de l'humanité que de savoir si cet équilibre est réalisable au moyen d'une certaine forme de civilisation, ou bien si au contraire ce conflit est insoluble. »

S. FREUD, *Malaise dans la civilisation*. PUF, 1971, p. 45



Digitized by the Internet Archive
in 2026

I

Maladie mentale, psychiatrie, psychiatre

La maladie mentale ou folie ou aliénation, par la charge d'angoisse qu'elle véhicule en elle, a été et reste souvent encore l'objet d'un rejet, d'une limitation spatiale par rapport à une normalité aussi difficile à définir que la folie elle-même. Cette notion de normalité (95) correspond pour beaucoup à une conformité, une adaptation, un ajustement aux us et coutumes, aux standards et valeurs socio-culturels. Dans un travail récent, Haynal (58) a su mettre en évidence la complexité de la notion de normalité en psychiatrie, toute sa relativité dans la conceptualisation de divers auteurs et sa dimension socio-culturelle. A propos du concept de norme sociale, Bastide écrit que (14) « le rôle d'une personne étant la configuration des comportements attendus par les autres personnes, en accord avec les règles de la vie sociale ». Cet auteur citant Dévereux * fait remarquer que « l'adaptation sociale n'est pas, du point de vue psychiatrique, un signe de santé mentale; le conformisme peut prendre des formes pathologiques, en particulier sadomasochistes », et plus loin de poursuivre: « la désadaptation est plutôt une conséquence, que la cause des troubles mentaux et qu'elle pose des problèmes par conséquent au psychiatre plus qu'elle ne peut lui servir de critère ». Mais encore, comme le disent H. et M. Vermorel (109), « rien n'est plus lié à la culture que le fou, car si certains types permanents de réactions psychopathologiques semblent bien se retrouver dans les différentes cultures, rien n'est plus variable que les symptômes qui amènent à cataloguer un individu comme *fou* dans une société, et rien n'est plus variable que le rôle qui est assigné au malade mental dans chaque système socio-culturel et par là au sort qui lui est dévolu ».

En rapport avec ce que nous allons développer ultérieurement, il nous paraît intéressant de mentionner le travail de Szasz et collaborateurs (105) démontrant l'importance de l'évolution économique, sociale et culturelle de la société, évolution dont dépendent les techniques psychiatriques elles-mêmes, mais dont le développement est beaucoup plus complexe que les autres techniques médicales, expliquant le fossé existant entre la psychiatrie et la médecine somatique. Importante aussi, la thèse de M. Foucault (46) qui considère la folie comme un fait de civilisation. Toutefois, nous ne saurions souscrire totalement à sa conception strictement sociogénétique qui en fait une véritable sociopathie. Si chaque type de société a son fou ou son déviant, chaque époque, comme nous allons le voir, a sa manière de le ressentir et de se comporter vis-à-vis de lui. En nous limitant à notre civilisation occidentale, nous allons aborder le

* DÉVEREUX G., *Normal and Abnormal: the Key problem of psychiatric Anthropology*. The Anthropol. Soc. of Washington, 1956.

phénomène psychopathologique ainsi que les modifications de l'attitude du milieu socio-culturel à son égard, à partir du Moyen Âge jusqu'au monde contemporain.

La société féodale hautement hiérarchisée est placée sous le primat de la religion, qui se représente l'homme d'une manière absolue et idéalisée. Toute déviance, physique ou morale, est l'expression des forces du mal et vecteur de la toute-puissance maléfique. Toutefois, le fou ou déviant de l'époque trouve sa place dans la société moyenâgeuse, soit dans des cachots, des couvents, soit dans les lieux de pèlerinage comme Gheel, soit en liberté comme mendiant. Sa situation s'aggrave dans les périodes de crise où il constitue une sorte de bouc émissaire sur qui sont focalisées les projections du milieu, preuves en soient les procès en sorcellerie qui lui sont intentés.

Avec la Renaissance naît une nouvelle culture ainsi qu'une nouvelle image de l'homme qui modifie l'ancienne représentation du malade mental, lequel est mieux compris. Les hommes de progrès de l'époque s'insurgent contre la croyance aux sorcières et certains proposent même des systèmes d'assistance aux pauvres et aux malades mentaux. C'est ainsi que certains hommes d'Eglise commencent à construire des maisons psychiatriques, comme à Valence en Espagne, ainsi que les Frères de la Charité qui en édifient à travers toute l'Europe. Cette modification de l'attitude vis-à-vis du malade mental amorce un début d'identification à lui. Toutefois, le mouvement humaniste de la Renaissance n'empêchera pas les procès de sorcellerie de se poursuivre jusqu'aux XVII^e et XVIII^e siècles.

Au XVII^e siècle se pose dans les grandes villes le problème des vagabonds et des malfaiteurs, en même temps que celui des malades mentaux. On crée d'abord dans les hôpitaux généraux des *divisions de correction*, le *commun* réservé aux prostituées, et le *quartier des folles*. Ainsi s'amorce le *grand renfermement* avec la création de l'*hôpital des fous* ou *maisons de correction* en France, *Zuchthäusern* en Allemagne, les *houses of correction* ou *bridewells* en Angleterre, où les délinquants divers, sociopathes et psychopathes de l'époque partagent la réclusion du fou. Ainsi, comme l'écrit Foucault, « la folie est amarrée solidement au milieu des choses et des gens, retenue et maintenue, non plus barque, mais hôpital ». Soulignons que la création de ces établissements trouve une justification politico-économique en relation avec une période de crise et de chômage, permettant de solutionner le problème des émeutes et de l'agitation sociale, procurant du même coup une main-d'œuvre à bon marché et rejetant dans un autre monde toute forme d'inutilité sociale. Cette notion d'inutilité sociale, on la retrouvera dans l'idéologie nazie, se soldant par le génocide des aliénés dans la période préfaçant la Seconde Guerre mondiale. Ainsi, on notera une relation étroite entre les périodes de récession socio-économique et l'attitude ainsi que le sort réservé aux malades mentaux.

Les idées humanistes de la Renaissance permirent au XVIII^e siècle d'aborder le fou comme un personnage social. Certains esprits éclairés, tels que Pinel, Esquirol et Tuke en vinrent à considérer le fou comme malade devant être traité avec humanité. Pinel ôte les chaînes, Esquirol entrevoit les possibilités thérapeutiques dans le dialogue avec le malade, ce qui fit dire à de Saussure qu'il fut un précurseur de la psychothérapie moderne (99). L'œuvre de Tuke consiste à abolir les contraintes et à constituer un milieu humain pour les fous. Ces idées, plus humanitaires que médicales à proprement parler, aboutirent à la sépara-

tion du fou d'avec les autres déviants dont il partageait jusqu'alors la réclusion. Il est intéressant de rappeler ici que la psychiatrie suisse ne fut pas influencée par ce courant d'idées et, comme le rappelle Müller, les hôpitaux généraux que connaissait Pinel n'existaient pas en Suisse et les malades y étaient assistés à part (4). Sous l'influence des aliénistes de l'époque, la société prend conscience de la folie en tant que relation et ressemblance possible avec elle. La folie est une *lèpre invisible* inspirant peur, angoisse, répugnance et pitié; on parle de *fièvre des prisons*. Comprenant la confusion existant jusqu'alors entre l'innocence de la déraison et la culpabilité du criminel, on admet que la folie puisse bénéficier d'une assistance spéciale; mais, en raison des peurs que la folie peut susciter par sa proximité, son statut devient en même temps plus répressif et son isolement de plus en plus marqué. C'est ainsi que l'asile psychiatrique naissant, bien qu'émanation de la société et de ses idées, en restera néanmoins le corps étranger. Ainsi, comme on le voit, la folie prend possession de l'internement qui va s'organiser dans le couple compréhension/répression à travers la nouvelle relation société/folie.

En dépit des ambitions des aliénistes tels que Pinel de créer un monde de non-violence offert au fou, tout est organisé dans l'asile, comme le soutient Foucault, pour que le fou se reconnaisse dans un monde de jugement où il se sent surveillé, jugé et condamné. En effet, les médecins, délégués de la société, sont investis par elle comme les gardiens la protégeant du danger confus qui transpire à travers les murs de l'internement. Ainsi, l'asile devient une sorte de société à l'intérieur de la société qui s'organise aussi sur le modèle de la peur et de la répression. La peur d'extérieure devient intérieure et on verra à ce moment-là, sous l'alibi thérapeutique, réapparaître souvent dans l'asile la violence et le sadisme, sous le couvert que celui qui n'appartient pas au monde de la folie détient pouvoir, droit de répression sous toutes ses formes et autorité. C'est ainsi que la médecine peut devenir justice et la thérapeutique répression.

Cependant, progressivement, la répression cède le pas à l'autorité. Cela s'explique en fonction de la structure de la famille occidentale de type patriarcal. Le médecin, détenteur de la connaissance, devient du même coup détenteur du pouvoir, le père étant personnifié par la raison/autorité, le fou étant représenté comme un enfant ou mineur et la famille étant constituée par la grande communauté des insensés et des surveillants.

La période que nous venons de décrire montre un intérêt pour l'homme, ses passions et le souci de ses droits, s'étendant aussi bien à l'homme *normal* qu'à l'aliéné. Esquirol déjà avait pressenti l'importance de la relation avec le malade, et l'asile psychiatrique du XVIII^e siècle avait lui aussi son mode relationnel propre.

Au XIX^e siècle, les successeurs de Pinel, Esquirol et Tuke poussèrent encore plus loin dans le *no-restraint*, expérimentant l'*open door* ou créant des sociétés de patronage pour les malades convalescents. En Angleterre, Conally préconisait déjà le traitement des malades à domicile et dans la communauté. Toutefois, la maladie mentale, ne se comprenant pas par rapport à un modèle de médecine psychologique propre, se calqua sur le modèle de la médecine somatique, laquelle connaît un essor foudroyant grâce au développement de la biologie, de la chimie et de la chirurgie corrélativement aux premiers pas de l'ère industrielle. La maladie psychiatrique, que certains avaient déjà entrevue comme l'expression d'un trouble de la vie relationnelle, se fixe alors dans la

conception biologique de type Kraepelinien. Ainsi, jusqu'à la fin du XIX^e siècle, c'est en fonction des notions de malformation et de déformation du psychisme qu'on déclara l'individu malade mental, porteur d'un diagnostic, créant ainsi la science psychiatrique. Le modèle classique de la maladie s'appliquait aux troubles mentaux pour en constituer une série d'entités nosographiques; en effet, la paralysie générale devenait le modèle étiologique de la maladie mentale tandis que l'épilepsie sensorielle en était le modèle pathogénique. On en concluait alors que les maladies mentales, altération de la psyché, étaient l'expression de lésions neuroanatomiques situées dans le soma. Lorsqu'on ne pouvait constater de substratum lésionnel à de tels troubles, on y suppléait par des hypothèses.

Le XX^e siècle trouvait la maladie mentale « enfermée dans le jardin des espèces nosographiques », étant du même coup l'objet du savoir psychiatrique. De ce fait, le malade se trouvait enfermé, souvent privé de relation avec l'extérieur, placé en dérivation par rapport à la société dont il était issu.

Cependant, ce siècle, très dynamique par les mouvements sociaux qu'il comporte, dont les plus pénibles sont les deux guerres mondiales, annonce également la fantastique expansion industrielle, la multiplication des échanges et des moyens de communication et la naissance de la société de consommation. Cette transformation profonde de la société marquera aussi une révolution psychiatrique, succédant à la première poussée de Pinel, Esquirol et Tuke, et annonçant l'apparition des bases scientifiques de la médecine psychologique avec la naissance de la psychanalyse (74) et des mouvements psychiatriques modernes de tout horizon.

Les dernières décades du XIX^e siècle annoncent déjà une nouvelle étape de la médecine psychologique proprement dite avec les expériences de Breuer (69) à Vienne, le traitement de l'hystérie sous hypnose par Charcot (69) à Paris et la réputation de l'école de Bernheim et de Liébault à Nancy. C'est aussi à cette époque que Freud aborde la sexualité avec certains de ses contemporains qui ont noms Kraft-Ebing, Havelok Ellis et Malinovsky (80) dans ses études remarquables sur la vie sexuelle des sauvages de la Mélanésie. Avec la naissance de la théorie psychanalytique de Freud, se développe la relation médecin/malade qui sera abordée dans toutes ses conséquences, sans être cachée derrière une théorie psychiatrique tant bien que mal harmonisée au reste de la connaissance médicale. Foucault accorde à Freud le mérite d'avoir démystifié toutes les conceptions sur lesquelles reposaient jusqu'alors les structures asilaires, surtout en faisant taire les instances de la condamnation. Toutefois, selon Foucault, on retrouve, dans la théorie freudienne, en partie les mêmes critiques formulées à l'égard de la structure asilaire vis-à-vis du malade, à savoir le silence, le regard et le jugement, focalisés cette fois-ci sur la personne du psychanalyste, sorte de juge divin. Il nous semble cependant qu'il s'agit là moins d'une critique que d'une remarque située au niveau du fantasme plutôt que de la réalité. De plus, la psychanalyse n'est pas limitée à la démystification des notions de condamnation et de jugement; elle est, plus loin, une méthode thérapeutique, une cure codifiée et bien précise destinée à dénouer cette image fantasmée de l'analyste pour une part.

Conjointement, les premières décades du XX^e siècle verront l'apparition de l'infirmier diplômé pour les hôpitaux généraux d'abord, puis pour les hôpitaux psychiatriques quelques années plus tard, de même que l'introduction des

traitements biologiques comme la cure de Sackel. C'est ainsi que l'aliéniste deviendra psychiatre et le gardien infirmier. Les traitements psychiatriques sont enfin reconnus au même titre que les soins médicaux. Pourtant, les cures psychothérapiques, la psychiatrie infantile et la notion de prophylaxie en hygiène mentale ont à l'heure actuelle encore beaucoup de peine à s'imposer.

A la même époque naît en Russie la théorie pavlovienne (89) des réflexes conditionnés comprise d'abord chez l'animal puis étendue à l'homme; chez celui-ci, les maladies mentales apparaissent soit à cause d'une déficience congénitale, soit à cause des rigueurs d'un milieu épuisant les ressources nerveuses de l'individu. Dans cette perspective, le marxisme, introduit par la révolution soviétique, deviendra une sorte de thérapie en mettant en évidence le rôle pathogène des conditions économiques créant l'aliénation et nécessitant la lutte des classes. Ainsi, actuellement, les névroses en URSS sont-elles traitées dans les hôpitaux généraux au même titre que les affections psychosomatiques ou les désordres fonctionnels, alors que les psychoses, d'origine organique, sont réservées aux hôpitaux psychiatriques de même que les déviations idéologiques (25).

En 1909, aux Etats-Unis, Adolf Meyer, psychiatre d'origine suisse, partisan de l'application des méthodes intégrées psychobiologiques à la maladie mentale, introduisit avec Clifford Beers le mouvement d'hygiène mentale. Pour la première fois, on parlait de *communauté psychiatrique* qui mettait en évidence que cette communauté se trouvait sur une aire géographique comprenant une école, une police, des instances administratives et judiciaires, avec des médecins praticiens participant au traitement des malades mentaux. Il entrevoyait déjà l'éducation du public dans le sens d'une plus grande tolérance qui devait apporter, selon lui, une réduction de l'incidence de la maladie mentale. Toutefois, les idées de Meyer en restèrent longtemps au stade de conception (48).

La psychiatrie classique se trouve ainsi fortement ébranlée dans ses conceptions traditionnelles par l'introduction dans son champ des dimensions psychanalytiques, sociales et culturelles, qui vont déboucher sur l'ère moderne de la psychiatrie. On voit donc s'ébaucher l'intérêt que l'on porte non seulement au malade, mais aussi au malade dans sa relation avec le milieu hospitalier où il vit ainsi qu'avec le milieu dont il est issu. Ceci va déboucher quelques décennies plus tard sur la *communauté thérapeutique* dans l'hôpital qui va être complétée dans une certaine mesure par la « communauté thérapeutique » dans la collectivité. Ainsi, progressivement se sont fait jour, chez certains psychiatres, des préoccupations du monde social des malades mentaux, aussi bien à leur domicile qu'à l'hôpital. En 1938 déjà, Bierer (18) créa un club thérapeutique, puis l'hôpital de jour.

Mais c'est surtout la Seconde Guerre mondiale, période charnière, qui amorça le mouvement de psychiatrie dite sociale. En 1943, Rickman et Bion (19) eurent l'idée originale de traiter en groupes des soldats présentant des troubles psychiques (*Northfield Experiment*); à la même époque, Maxwell Jones soigna des soldats souffrant de troubles cardiaques fonctionnels sous forme d'activités et de réunions en commun. L'application extensive de ces nouvelles méthodes permit à leurs auteurs de mesurer la potentialité thérapeutique du milieu social institutionnel encore mal comprise. Jusqu'alors, en effet,

la structure des institutions psychiatriques hautement hiérarchisée sur le modèle pyramidal, aussi humain soit-il, était basée sur la conformité, la coopération et l'adaptabilité aux règlements, obtenues souvent par la peur créée par les moyens de contention les plus divers, le dernier étant l'arsenal psychopharmacologique moderne. Cette structure sociale des institutions dites totalitaires, analysée par Goffman (55), constitua un facteur d'aliénation qui allait être battu en brèche avec la naissance de la *communauté thérapeutique*, terme introduit la première fois en 1946 par Main (79).

C'est en prenant conscience du caractère limitatif du fonctionnement social de l'institution traditionnelle dans le traitement de la maladie mentale que, sous l'impulsion de ces nouvelles méthodes, l'institution psychiatrique se démocratise, les échanges se faisant progressivement dans les deux sens, tendant vers une communication plus largement horizontale. La transformation sociale de l'institution devient alors un élément thérapeutique. Pour Jones (70), le concept de « communauté thérapeutique » implique l'utilisation optimale des aptitudes que possèdent tout à la fois les malades et le personnel en vue de réaliser un progrès pour la santé mentale. Cela comprend avant tout un changement du statut habituel des malades; en collaboration avec le personnel, ils deviennent alors des participants actifs pour le traitement d'eux-mêmes et des autres malades — et ils participent dans d'autres domaines à toute l'activité de l'hôpital — et ceci contraste avec le rôle relativement plus passif de celui qui subit les traitements dans les systèmes conventionnels. D'où la formule de Rapoport (94) qui conçoit *la communauté comme médecin*. Plus loin, le même auteur démontre à M. Jones les insuffisances de son équipe, notamment en ce qui concerne l'application de sa méthode aux soins ambulatoires, en particulier à propos des postcures. Jones répondra en démontrant que les principes de la *communauté thérapeutique* peuvent être étendus à la communauté au sens général (71).

La Seconde Guerre mondiale a également considérablement influencé les tendances psychiatriques américaines, notamment par un regain d'importance de la psychanalyse dans l'immédiat après-guerre et également par la création du *National Institute for Mental Health* dont l'objectif était une étude en vue d'établir un programme nouveau de l'organisation psychiatrique, ceci en raison du nombre croissant d'affections psychiatriques, notamment les troubles émotionnels plus spécifiquement chez les jeunes. Cette entreprise, qui ramenait la psychiatrie dans le « courant principal de la médecine et la vie de la communauté », fut très fortement soutenue par Kennedy et, en 1963, fut voté le *Community Health Center Act*. Celui-ci préconise la création de centres psychiatriques dont chacun couvre les besoins d'une population comprenant de 75 000 à 200 000 personnes; chaque centre doit être équipé de la gamme complète des traitements psychiatriques modernes pour toutes les formes de maladie mentale, pour tous les âges, des urgences à la condition chronique et détériorée, chacun devant assurer la continuité des soins (96).

Toutefois, il est à noter une différence importante entre les Etats-Unis et l'Angleterre; en effet, aux Etats-Unis, la notion de *communauté thérapeutique* consistait à la base en un programme de recherche dont la responsabilité appartient aux spécialistes des sciences sociales, alors qu'en Angleterre, ce sont les psychiatres des institutions qui se sont chargés de cette recherche jusque dans son application pratique.

En France, dans les années qui suivent le second conflit mondial, on assiste à une inflation des tâches psychiatriques; en plus du travail traditionnel, la psychiatrie doit faire face aux demandes résultant des difficultés d'adaptation, conséquence d'une complexité toujours plus grande de la vie sociale. C'est ainsi qu'en dépit des succès obtenus par les thérapeutiques de choc et la chimiothérapie, les psychiatres des services publics furent amenés à placer, au premier plan de leurs préoccupations, les interactions qui se jouent entre les malades et leur milieu, plus particulièrement entre soignants et soignés (35) pour, progressivement, constituer l'équivalent des *communautés thérapeutiques* anglaises, à savoir la « psychothérapie institutionnelle », dont un des chefs de file est Tosquelles (107). Ils se proposent la critique des principes de la hiérarchie, la remise en cause par chacun de ses propres attitudes, la communication large, l'information aussi complète que possible, une perspective de gestion communautaire. De plus, le champ de la psychiatrie prend son extension dans la société et, au cours des *Journées psychiatriques de 1945 à 1947*, la *doctrine de secteur* commença à se formuler; l'idée que la psychiatrie publique doit assumer des tâches de prévention, de soins précoces, d'assistance, de postcure et de réadaptation, va mûrir et se préciser entre les années 1956 et 1960, et la *Direction générale de la Santé* demandait à la *Commission des maladies mentales* de se prononcer sur l'équipement qu'il serait techniquement souhaitable de réaliser dans un « territoire vierge de toute formation psychiatrique ». Dans une *Note sur le territoire unifié de protection de la santé mentale* (27 octobre 1959), les signataires — Bonnafé, Daumazon, Ey (43), Fouquet, Hamon, Jacquelin, Lozier, Mignot, Régis et Sivadon — démontrent clairement leur adhésion à la thèse de secteur. D'autre part, les contacts pris par les psychiatres français avec leurs collègues anglo-saxons les ont sensibilisés avec la façon d'envisager l'hygiène mentale et le travail *dans la communauté*. Sivadon, en outre, sut faire passer dans les textes et recommandations de l'OMS les préoccupations des psychiatres français dans le domaine de la psychiatrie publique. C'est en 1957 que Paumelle eut le mérite d'appliquer le premier la doctrine dans une expérience pratique au sein de la population du XIII^e arrondissement à Paris (64). Ce n'est toutefois que dans une circulaire du 15 mars 1960 que le *Ministère de la santé publique* définissait une politique d'hygiène mentale en tous points conforme à la *doctrine*. Cependant, en 1971, on connaît les problèmes causés par le recrutement de psychiatres de secteur en France.

La folie, que Foucault démontre comme un fait de culture, a été l'objet de répression et de contention, éléments que le mouvement psychiatrique moderne s'est attaché à critiquer et à dénouer par un abord nouveau de la maladie mentale, tant dans l'institution qui la garde que dans la communauté qui la rejette. Mais certains psychiatres, s'inscrivant dans le mouvement plus large de l'anticulture, se sont attachés à démontrer le pouvoir aliénant et les forces de violence de notre culture; tentant alors de se désolidariser des nouvelles tendances psychiatriques, ils ont voulu démontrer le caractère cathartique et libérateur des contraintes affectives par l'expérience psychotique. Assimilant diagnostic à jugement et thérapeutique à répression, ils deviennent des antipsychiatres ou même des politichiastes (93) comme Basaglia et ses collaborateurs. Ce mouvement, comme on le voit, se place dans une perspective strictement sociogénétique de la maladie mentale. Pour Angelergues (2), l'antipsychiatrie est née hors des milieux psychiatriques et c'est Michel Foucault qui en a

clairement formulé la doctrine, touchant au départ plutôt les milieux parapsychiatriques. Mais c'est en Angleterre que le mouvement gagna les psychiatres et, plus tard, en France certains autres comme Maud Mannoni (81). Tout d'abord, Cooper (33) tente une expérience dans laquelle il s'oppose aux principes de la *communauté thérapeutique* où le malade s'identifie au soignant: son projet serait que les malades s'organisent eux-mêmes pour mieux vivre. Une telle expérience, pratiquée dans un hôpital traditionnel, échouera en raison des difficultés facilement imaginables qui ont pu se produire tant au niveau du personnel soignant que des autres malades de l'institution.

C'est en 1965 que Cooper pourra appliquer son idée d'une manière pratique avec ses collaborateurs Laing et Esterson, permettant d'ouvrir trois *households* dont la plus importante est l'expérience de *Kingsley Hall* qui durera cinq ans: dans un petit immeuble d'une banlieue populeuse de Londres vivent en communauté un certain nombre de membres qualifiés de personnel, de personnes *ordinaires* et de schizophrènes. Là, la distinction entre personnel et malades a été estompée à son maximum, aucun rite institutionnel, aucun résident ne donne à un autre des tranquillisants ou des sédatifs. Les comportements sont possibles là qui sont intolérables dans la plupart des autres lieux. Du 1^{er} juin 1965 au 31 août 1969, 113 personnes y séjournèrent, il n'y eut pas de suicide. De cette expérience commune, la *Philadelphia Association* établit un rapport d'activités dont les articles principaux sont les suivants:

- *Délivrer la maladie mentale, en particulier la schizophrénie, de toutes les descriptions.*
- *Entreprendre et rechercher les causes des maladies mentales et les moyens de les détecter, de les prévenir, de les traiter.*
- *Organiser des lieux d'accueil pour les personnes souffrant ou ayant souffert de maladie mentale.*
- *Donner une aide financière aux malades pauvres.*
- *Promouvoir la formation de ceux qui traiteront la schizophrénie et les autres formes de maladie mentale.*
- *Organiser des séminaires, des conférences et des semestres d'été.*
- *Publier et soutenir des publications concernant les sujets en accord avec les objectifs de l'association.*

De plus, le mouvement antipsychiatrique se signale par sa sympathie politique pour la gauche et organise en 1967 le *Congrès international de dialectique de la libération* dont le compte rendu est un livre: *Counter culture* ou *La création d'une autre société*. Cette donnée rend compte de la portée des objectifs que se propose le mouvement. Les chefs de file de l'*Institut des études phénoménologiques* de Londres organisèrent des rencontres avec Gregory Bateson, Stockley Carmichael et Herbert Marcuse, Julian Beck du Living Theater (7).

Comme on vient de le voir, le phénomène psychopathologique est pour l'antipsychiatre le résultat d'un système socio-culturel déformé dans sa totalité; Basaglia (12), lui, soutient la thèse « d'un système social basé sur la violence, la répression et l'oppression, et désire mettre « entre parenthèses » la maladie, sa définition et sa classification sans nier pour autant que le patient soit en quelque façon malade ». Cet auteur poursuit: « l'essentiel est de prendre conscience de ce

que représente l'individu pour moi, de connaître la réalité sociale dans laquelle il vit, et ses rapports avec elle ». Basaglia se fonde sur les éléments suivants: « la violence et l'exclusion sont, en effet, à la base de toutes relations susceptibles de s'instaurer dans notre société ... l'autorité paternelle est oppressive et arbitraire; l'école se fonde sur le chantage et la menace; l'employeur exploite le travailleur; l'asile d'aliénés détruit le malade mental ». Pour résoudre certaines de ses contradictions, la société délègue son pouvoir, et partant sa violence oppressive, à des individus en les utilisant; « il en est ainsi du psychiatre en particulier, délégué de la violence d'un système, qu'il exercera le cas échéant à son insu ». L'acte thérapeutique se situe actuellement comme « l'action discriminatoire d'une science qui, pour sa défense, a créé la norme au-delà de laquelle on encourt la sanction par elle-même prévue ». C'est pourquoi la *communauté thérapeutique* permet l'expression et, au malade, de s'opposer à l'institution. L'auteur soutient en outre que la relation avec le malade n'est pas établie selon une idéologie médicale, « mais par le système socio-économique qui en détermine les modalités à différents niveaux ». On saisit pourquoi, pour l'équipe de Gorizia, la thérapeutique passe par l'action politique militante. Enfin, pour cette même équipe, la *communauté thérapeutique* doit être soumise continuellement à une rupture des « lignes d'action » en soumettant médecins, malades et infirmiers à un jeu de tensions et de contre-tensions en prenant des risques; c'est le seul moyen pour mettre tout le monde à « égalité à partir de la base ».

Au terme de ces lignes, on pourrait schématiser l'état actuel du système psychiatrique en tentant, comme le fait Jaeggi (65), une synthèse des divers points envisagés partant de la différence entre la psychiatrie dite asilaire et la psychiatrie dite sociale, quant à leur insertion et leurs rapports à la société. « En simplifiant, on opposerait et comparerait ainsi deux politiques psychiatriques: totalitaire-démocratique, deux attitudes envers les malades: autoritaire – permissive, deux tâches vis-à-vis de la société: condamnation, réclusion répressive – rééducation, réhabilitation, deux procédés et ressorts du traitement: règlement, ordre – persuasion, et enfin deux statuts du malade: contrainte, manipulation en tant qu'objet – contrat, concertation entre sujets partenaires: »

Certains auteurs, allant plus loin et enfermés dans une conception étroite-moment socio-génétique de la maladie mentale, en vinrent à oublier, comme le souligne Racamier (93), que le fait psychopathologique est d'abord un fait de la souffrance psychique, que les malades sont, comme tout le monde, des êtres disposant d'un appareil psychique personnel, en un mot, ils oublient l'inconscient. Et Ajuriaguerra (1) de remarquer d'une manière aussi pertinente que critique: « L'antipsychiatrie a des valeurs différentes selon qu'elle se réfère à une autocritique masochiste ou exhibitionniste du psychiatre, ou qu'elle se réfère à une constante analyse nécessaire de notre propre responsabilité vis-à-vis du malade, évidemment pas en fonction d'une norme ou d'une simple déviance, mais en fonction de la souffrance d'un individu dans un milieu ou une société qui nous est connu en utilisant le minimum de mécanismes projectifs. »

Si la thèse antipsychiatrique a ceci de séduisant pour nous qu'elle condamne dans la psychiatrie traditionnelle, la forme répressive qui lui a été plus ou moins édictée par la société, que la maladie mentale a été trop longtemps enfermée dans la nosographie-jugement et soumise à une thérapeutique-punition, néanmoins, nous pensons avec Henri Ey (42) que la maladie mentale ne saurait être

reconnue comme « une invention artificielle découverte comme un alibi de l'inconscient collectif d'une civilisation, elle vraiment aliénée pour être précisément aliénante », donc répressive et « enfermante » au nom de la raison. En effet, il y a toujours en psychiatrie, de la « cause » à l'« effet », ce que H. Ey a dénommé l'*écart organo-clinique*, le psychisme étant un système d'élaboration perpétuelle des événements intérieurs et extérieurs, présents et passés. C'est dans cette perspective que nous nous situons en tant que psychiatre de secteur, où nous nous attacherons à comprendre le malade et le fait psychopathologique non pas simplement comme tel, mais compris dans son réseau relationnel complexe.

II

La politique de secteur

1. Les origines de la doctrine

Dans le chapitre précédent, nous avons noté une sorte de date charnière, à savoir la Seconde Guerre mondiale, comme ayant, en quelque sorte, amorcé un nouveau tournant de la psychiatrie moderne qui allait déboucher en France sur la doctrine de *secteur*. Du point de vue idéologique, ne serait-il pas plus juste de parler, comme Bonnafé, de stade *post-esquirolien* ?

En 1822, Esquirol écrivait : une maison d'aliénés est un instrument de guérison, entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales (Préambule aux mémoires statistiques et hygiéniques sur la folie). Reprenons ici le fondement doctrinal tel que le décrit Bonnafé (21) : « Au stade *esquirolien* la théorie fondamentale est celle de l'isolement. Base de la conception de l'assistance aux aliénés, elle pense l'institution psychiatrique comme « maison d'aliénés ». Les conduites ségrégatives sont l'expression des risques majeurs de perversion des idées et des pratiques répondant à ce stade. » « Au stade *post-esquirolien*, la théorie fondamentale repose sur un principe d'unité, de continuité, de personnalisation, de la relation médecin-malade. L'institution psychiatrique est pensée comme un réseau de postes divers à travers lesquels le médecin assure au malade son soutien aussi personnel que possible. Le pivot du service n'est plus à l'asile mais en ville, au cœur du territoire dans lequel s'exerce la fonction du psychiatre, élargie à la protection de la santé mentale. Les risques majeurs de perversion sont ici sur le plan de l'« inflationnisme psychiatrique. » En quelque sorte, le couple surpeuplement-indifférenciation, caractérisant l'hôpital classique, et souligné déjà par Esquirol comme un danger, fut le moteur qui conduisit à l'*éclatement* de l'hôpital psychiatrique et, d'une façon plus générale, à l'ouverture de la psychiatrie moderne vers la communauté.

Comme nous l'avons vu, la collectivité s'est occupée de la maladie mentale en organisant l'aliénation par la création des institutions psychiatriques selon le modèle du *grand renfermement*. Comme le souligne Mignot (83), l'« assistance aux malades mentaux avait été l'un des premiers exemples d'une médecine organisée par la collectivité. Pourtant, ce n'est que beaucoup plus tard que cet appareil s'est transformé en un organisme de lutte contre le fléau social des maladies mentales. » La médecine moderne et scientifique s'est développée dans le sens qu'elle ne devint plus seulement curative mais préventive et prophylactique ; la psychiatrie resta un peu le parent pauvre par rapport aux autres spécialités en raison de l'ensemble des contre-attitudes que son objet, la maladie mentale, suscite au niveau de la société. La création d'organismes de soins publics, y compris psychiatriques, a suggéré un ensemble de réflexions à

Bonnafé et Daumezon (20) sur la relation médecin de service public – malade; celle-ci est plus spécifiquement étudiée à travers le champ de la psychiatrie publique et l'ensemble de ces réflexions a contribué pour une large part à la conceptualisation de la doctrine de *secteur* « indispensable pour fixer le fonctionnement du service public psychiatrique ».

Plus loin, Bonnafé (22), encore, élabore une défense professionnelle du psychiatre de service public qu'il souhaite voir préservé d'une activité où sa fonction serait d'assumer « les échecs des autres » et les « cas les moins intéressants », d'en faire « un personnage besogneux » afin de ne pas le réduire à un « travail confiné dans les services hospitaliers excentriques et géants ». Pour ce faire, conclut cet auteur, la seule défense est l'organisation de la psychiatrie en *secteur* et le travail du psychiatre de service public sera un « travail intensif qui aborde largement les problèmes de protection de la santé mentale très au-delà des soins des aliénés, travail intensif assumant les problèmes en profondeur. Son terrain d'application est ce qu'on nommerait, par référence aux structures actuelles, un *micro-secteur*, domaine d'activité d'une équipe médicale étoffée ». Il conclut dans une perspective de coopération entre secteur public et praticiens *privés*. Nous pouvons reprendre avec Torrubia (106): « il ne s'agit pas ici de voir le psychiatre dans un rôle de pèlerin partant sur les routes apporter la bonne nouvelle, mais simplement de le *désaliéner* et de le rendre disponible à autrui. La manière dont chaque psychiatre, cet étranger, pourra s'intégrer dans la vie sociale, sera fonction, bien entendu, de sa personnalité et des caractéristiques de son secteur. Mais, pourvu qu'il en ait le temps, le psychiatre peut et doit trouver le lieu et l'occasion de montrer le véritable visage de la maladie mentale et la nécessité de la collaboration d'autrui. »

C'est donc de l'analyse du couple sélection-réjection focalisé sur la personne du malade le plus déshérité, se manifestant tant sur le plan intra-institutionnel qu'inter-institutionnel et débouchant sur des « carrières psychiatriques » à proscrire, que naquit un ensemble de réflexions devant aboutir à la naissance d'une doctrine dite de *secteur*. Tout d'abord, la nécessité d'une prise en charge thérapeutique est apparue comme devant être continue et personnalisée dans le couple médecin-malade; il ne s'agit pas d'ériger cette idée en règle absolue, car le transfert d'un cas peut être, lui aussi, une nécessité, mais il doit être motivé et analysé dans la relation thérapeutique, constituant une exigence aux confins de l'absolu. Par ailleurs, afin de limiter les dites attitudes réjectives, l'activité du psychiatre se comprend alors comme dépassant le cadre de l'asile et s'étendant sur la communauté. Daumezon souhaite que le psychiatre « partage son temps entre les soins aux malades à l'hôpital et les soins aux malades au dehors » et considère « comme inefficace une conception étroitement hospitalière de l'assistance psychiatrique ». Cette action sur la communauté entraîne l'abolition de la conception de l'hôpital psychiatrique, compris dans sa bipolarité à la fois comme instrument de soins spécifiques et réceptacle de la réjection, pour en faire un instrument de soins compris dans l'éventail des traitements psychiatriques modernes. En effet, *faire du secteur* comporte un travail *extra-hospitalier* extensif. Les soins psychiatriques se comprennent alors sans distinction d'âge, de sexe, de statut social; mais la condition concrète pour une telle réalisation entraîne une limite concernant le facteur population sis sur un territoire bien déterminé. Ainsi, le rappelle Bonnafé, le travail du psychiatre de secteur apparaît comme nécessairement circonscrit à un « territoire à taille humaine ».

L'ensemble de ces idées, débouchant sur cette doctrine originale dite de *secteur*, trouva sa première réalisation concrète en 1957 dans l'expérience du XIII^e arrondissement de Paris. On notera le décalage de trois ans entre la réalisation pratique du projet et son entérinement par une circulaire du *Ministère de la Santé publique* qui ne parut que le 15 mars 1960. Rapidement, on assista à des controverses concernant la doctrine et son application pratique, qui soulignèrent l'écart entre les principes affirmés et les moyens pour les réaliser.

Un autre facteur, et non des moindres, qui influença la conception de cette doctrine est la renonciation des institutions face aux cas déclarés chroniques ou incurables, la ségrégation à l'intérieur des institutions elles-mêmes et la multiplication d'organismes hyperspécialisés, accentuant encore l'*écrémage*. Ce n'est pas sans peine que les premiers psychiatres de secteur eurent à faire comprendre aux pouvoirs publics que les lourdes charges sont constituées par les hospitalisations prolongées, même à moindres frais (prix de revient de la journée le plus bas), et par le gaspillage entraîné par des prises en charge successives des malades « cascasant d'institution en institution ».

2. Définition du secteur

Avant de donner une définition du « secteur », il faut se garder d'un certain nombre d'aberrations terminologiques assez fréquemment entendues ou observées. Et Bonnafé, nous mettant en garde, écrit à ce propos (23): « Les deux contre-sens complémentaires les plus couramment entendus sont: *a*) secteur = aire de recrutement du service d'asile ou d'« hôpital psychiatrique »; *b*) secteur = travail dans la « communauté » à l'exclusion du malade hospitalisé. C'est à la lumière de ces deux contre-sens que l'on peut le mieux ressaisir le sens authentique. (Il est utile de rappeler ici les réserves formulées naguère sur l'opportunité de la terminologie « secteur », tant celle-ci prêtait évidemment aux perversions aujourd'hui constatées.) Ce sens se définit par la recherche d'une pratique psychiatrique dans laquelle seraient synthétiquement satisfaits, dans un cadre conforme au principe d'unité et d'indivisibilité de l'ensemble du travail de protection de la santé mentale, deux besoins: *a*) celui d'une continuité aussi rigoureuse, aussi personnalisée que possible, dans la prise en charge du cas psychiatrique avec ou sans temps d'hospitalisation; *b*) celui d'une prise en charge de ce cas débordant la relation singulière et organisée dans le cadre d'un travail en direction de l'environnement. »

Cette précision nous est apparue nécessaire afin de prévenir toute confusion possible sur la méthode appliquée dans le secteur psychiatrique ouest du canton de Vaud. Toutefois, d'une façon générale, la protection de la santé mentale est organisée en secteur lorsque, dans un territoire défini et suffisamment limité, une seule et même équipe médicale disposant d'un éventail d'institutions et de moyens thérapeutiques variés se voit confier l'ensemble des tâches de prophylaxie, de soins et de réadaptation relevant de la psychiatrie publique.

Le dispositif de secteur comprend un équipement en moyens thérapeutiques divers pour une aire géographique bien délimitée, correspondant à une population fixée à environ 80 000 habitants. Cet équipement comprend:

1. Une organisation hospitalière évaluée, selon les normes préconisées par l'OMS pour l'Europe occidentale, à 3 lits pour 1 000 habitants (incluant les besoins en neuropsychiatrie infantile). L'équipement pour un secteur donné en moyens thérapeutiques réduit durée de séjour et *sédimentation*.

2. Les organismes ambulatoires qui permettent d'éviter certaines hospitalisations ou de les écourter.

A l'intérieur du secteur existe donc une même équipe médico-sociale qui assure pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation (quand il est possible), les soins avec hospitalisation (si nécessaire) et enfin la surveillance des postcures.

3. Caractéristiques d'une politique de secteur (84-85)

1. *La sectorisation exprime la volonté d'en finir avec les attitudes réjectives et ségrégatives* par rapport à certains malades mentaux, exigeant un statut de malade à *part entière* pour tous. L'aire limitée du secteur réduit l'écart du malade de son milieu naturel, tant du point de vue spatial que temporel, puisque les hospitalisations ne sont qu'une étape du traitement qui sera suivi ambulairement par la même équipe médico-sociale.

2. *La politique de secteur signifie respect de la personne humaine*. Disposant d'un éventail institutionnel, l'équipe de secteur, du fait de sa possibilité d'une prise en charge continue du malade, porte celui-ci constamment à son maximum d'autonomie.

3. *La politique de secteur assume à la fois les besoins thérapeutiques et le soutien social* de chaque malade mental, cherchant à satisfaire les uns et les autres d'une façon adaptée et individualisée.

4. *L'implantation de l'équipe dans la société favorise une plus exacte appréhension des interactions qui se jouent entre le malade et son milieu*. Le psychiatre a la possibilité de pénétrer le réseau de relations où se trouve pris son patient. De cette manière, l'équipe, mieux au courant du contexte entourant le patient, mènera une action plus différenciée et portant sur un champ plus étendu.

5. *La politique de secteur est un facteur de progrès scientifique*. Du fait de ses institutions diversifiées, travaillant au sein d'une population limitée, elle permet une appréciation en profondeur des corrélations entre les paramètres sociaux et médicaux caractérisant leurs malades, favorisant ainsi la recherche épidémiologique. Cela n'implique pas une vision « socio-génétique » puisque le statut du malade dans la société peut être aussi bien considéré comme la conséquence que comme la cause des troubles dont il souffre.

6. *L'équipe du secteur, étant en contact direct avec la société* d'une aire géographique à taille humaine, n'est donc plus enfermée avec ses malades dans l'institution. Elle se propose d'amener la société à se montrer plus tolérante vis-à-vis du malade mental, évitant l'inflation des problèmes psychiatriques et, ce faisant, devient *désaliéniste*.

7. *Le psychiatre de secteur est un hygiéniste mental qui s'articule avec les autres disciplines médicales existant sur le secteur* ; il ne se situe pas comme un *sociatre*,

son souci médical constant n'en fait pas un *boy scout* et son orientation est ouverte aux sciences biologiques.

8. *Le travail de secteur est un travail responsable;* la responsabilité de l'équipe sectorisée est définie avec clarté, sans ambiguïté, sur une base territoriale. Toutes les tâches de psychiatrie de service public lui incombent; elle ne peut ni refuser le malade, ni l'abandonner. Travaillant à la fois dans les institutions et la communauté, elle ne peut se débarrasser du malade en l'hospitalisant, ni le faire sortir de l'institution pour ne plus l'avoir en charge. L'équipe est constamment ramenée aux problèmes que pose l'intolérance de la société aux malades difficiles (psychopathes, border-line, psychotiques, etc.).

9. *Le secteur fonctionne comme service public de protection de la santé mentale mais n'en a pas le monopole.* Notre politique est basée sur une psychiatrie médiatisée. C'est-à-dire que nos moyens techniques offerts à la population du secteur le sont à la demande des intéressés eux-mêmes, à la demande des médecins-praticiens et des médecins des hôpitaux du district. Dans les hôpitaux généraux, en effet, les besoins psychiatriques ont des pourcentages variant de 20 à 60 % selon les enquêtes (90). En ce qui concerne les psychiatres de pratique privée (il n'y en a pas sur le secteur), on peut envisager une collaboration portant sur un appoint psychotechnique dont le praticien privé ne dispose pas. L'ensemble de ces demandes est fait au psychiatre de secteur soit pour avoir un conseil technique du spécialiste, soit pour assumer la prise en charge d'un cas difficile requérant la mobilisation d'une équipe complète. La prise en charge peut également s'effectuer en collaboration étroite et continue avec le praticien et, une fois l'état aigu passé, le praticien peut reprendre à son compte le patient, ce que nous encourageons lorsque la relation médecin-malade est de bonne qualité et lorsque le maintien de celle-ci est souhaité de part et d'autre. A propos de l'action médiate du psychiatre de secteur, d'une façon générale encore, remarquons que « lorsqu'on envisage l'activité hors de l'hôpital, le psychiatre délègue, implicitement ou explicitement, ses pouvoirs à de multiples personnes (magistrats municipaux, éducateurs, clergé, etc.) qui jouent un rôle d'encadrement auprès des sujets désadaptés » (36). A souligner que le mouvement de la psychiatrie de secteur vers la société doit s'effectuer en respectant les notions, souvent utilisées tant en psychothérapie qu'en psychanalyse, de *neutralité* et de *disponibilité*.

10. *L'équipe de secteur en se responsabilisant permet, en contrepartie, à la société d'abandonner ses attitudes réjectives et ségrégatives vis-à-vis de certains malades mentaux.* Il est normal et nécessaire que la société se protège, mais l'équipe de secteur s'applique à démontrer que cette protection ne saurait être assurée en n'enfermant certains malades mentaux que sur le seul critère de dangerosité. A notre avis, soigner un malade mental contre son gré, le retenir dans ce but en un lieu quelconque, sont des décisions et des actes médicaux qui ne devraient pas être assumés par la seule autorité, mais de préférence par un appareil de psychiatrie publique suffisamment évolué pour se sentir responsable, devant la société, des désordres et dangers que peuvent occasionner les malades dont il a la charge et pour fournir les preuves d'une efficacité au moins égale à celle que donnent les dispositions législatives actuelles.

III

Le secteur psychiatrique ouest
Sa création dans le cadre de l'évolution
de la politique de la santé mentale
dans le canton de Vaud
Son organisation

Organisation de la psychiatrie vaudoise (avant le programme de sectorisation)

Le canton de Vaud est mi-urbain, mi-rural; sur 500 000 habitants, 250 000 approximativement résident à Lausanne et environs, le reste étant réparti dans différents districts cantonaux. Pour desservir cette population, le canton était équipé, il y a quelques années comme suit:

1. Etablissements psychiatriques hospitaliers

- Un hôpital psychiatrique universitaire de 750 lits, dont le nombre de lits a pu être ramené à 550 lits après la mise sur pied du programme de sectorisation;
- un hôpital de *chroniques* de 250 lits (la Rosière à Gimel);
- quatre cliniques privées:
 - 1) Les Rives de Prangins;
 - 2) Bellevue (fonctionnement comme hôpital de service public dès 1965);
 - 3) La Métairie;
 - 4) Nant.

Ces quatre établissements desservaient essentiellement une population étrangère au canton ou au pays.

Ces établissements s'entendent pour la psychiatrie adulte, le canton étant équipé en outre:

- d'un établissement pour enfants épileptiques et IMC (Lavigny);
- un établissement pour oligophrènes adultes et enfants (Etoy);
- un petit établissement relié à l'hôpital privé pour enfants de Lausanne (Le Bercail);

Voir figure 1, p. 75.

2. Institutions psychiatriques ambulatoires

- Une polyclinique psychiatrique universitaire;
- un centre psycho-social universitaire;
- l'Office médico-pédagogique vaudois.

Ces trois institutions sont centralisées à Lausanne.

Cette organisation de la psychiatrie cantonale a entraîné les conséquences suivantes, à savoir: l'hôpital psychiatrique cantonal et universitaire recevait la totalité des malades aigus en provenance des différents districts du canton, assumant, de plus, à lui seul, la prise en charge des patients à évolution chronique et résidant à l'hôpital pour de très longs séjours. En conséquence, cette centralisation des soins psychiatriques hospitaliers entraînait une sédimentation dont le seul moyen de réduction consistait en déplacements sur l'hôpital de décharge, ces deux établissements étant en constante surcharge. D'autre part, du fait de cette centralisation, les soins hospitaliers étaient plus accessibles aux patients vivant à proximité, et comme le souligne Gilliland: « la fréquence d'hospitalisation est la plus élevée en milieu urbain, Lausanne en premier lieu, les villes de plus de 5000 habitants ensuite (l'indice est en fait plus haut que celles-ci, car un établissement privé complétait encore l'équipement cantonal en 1966). Elle est faible dans les campagnes » (54).

La centralisation de l'éventail des soins ambulatoires, sur le même modèle que les soins hospitaliers, rendait ceux-ci plus accessibles aux habitants proches de la capitale ainsi qu'à ceux habitant dans des zones bien desservies du point de vue des voies d'accès. Remarque valable aussi bien pour les prises en charge des postcures que pour les demandes spontanées de consultations psychiatriques. Pour plus de précisions, il est important de se référer aux études épidémiologiques de Schneider et collaborateurs (100) qui, dans leurs travaux, signalent que le taux des patients sur 1 000 habitants est très variable selon les districts et que ces taux varient en proportion inverse de l'éloignement de la capitale du canton, et directement proportionnellement aux facilités de communications; par ailleurs, dans les districts du canton autres que celui de Lausanne, les patients viennent surtout des agglomérations importantes, alors que ceux des campagnes représentent un taux nettement inférieur. En outre, Schneider et collaborateurs (101) ont noté que la différence des taux de fréquence de consultations entre canton et agglomération comporte d'autres paramètres interférant sur la notion de distance, à savoir l'âge, le sexe et la religion.

Il apparaît que l'organisation centralisée de la psychiatrie vaudoise, tant sur le plan hospitalier qu'ambulatoire, entraînait du fait de l'étendue du canton une certaine forme de *ségrégation* entre malades. Tout d'abord en ce qui concerne les malades chroniques hospitalisés qui se trouvaient par nécessité séparés des malades aigus, en étant déplacés sur un hôpital réservé à leur usage. D'autre part, les soins ambulatoires, tant en ce qui concerne les postcures que les demandes de prises en charge psychiatriques sous leurs diverses formes, favorisaient d'une manière évidente les résidents de la capitale et de ses environs. Toutefois, Gilliland (54) constate que le canton de Vaud paraît en avance, le nombre de lits par habitant, les taux de morbidité et la durée moyenne de séjour sont inférieurs à la moyenne suisse et, en outre, les soins post-hospitaliers et ambulatoires sont, relativement à la moyenne suisse, assez développés.

Un tournant: l'expertise de l'OMS

En 1966, le Service de la Santé publique du canton de Vaud demandait à l'OMS une expertise afin d'étudier les services psychiatriques hospitaliers du

canton. Le rapporteur notait (27) « qu'il ne serait pas possible de discuter du développement de la psychiatrie hospitalière sans envisager en même temps le développement de la psychiatrie extra-hospitalière, de la psychiatrie à domicile et de l'assistance sociale psychiatrique ». L'expert notait, en outre, que l'idée de décentraliser la psychiatrie avait pour but de garantir la continuité des soins d'une part, et de maintenir le malade en liaison étroite avec son milieu d'autre part, rejoignant en cela la doctrine de *secteur* qui allait se réaliser sur le plan pratique dans la partie ouest du canton de Vaud. Le rapport faisait mention encore du fait que la population lausannoise et des environs était nettement favorisée par rapport au reste du canton, en ce qui concerne les soins psychiatriques offerts. En conséquence, il était suggéré qu'une formule soit étudiée pour que le canton puisse utiliser de façon systématique les lits disponibles dans les institutions privées. Pour les soins ambulatoires, il envisageait la création de consultations externes entre les districts de Nyon et Prangins entre autres.

Sur le plan pratique, l'idée de sectorisation de la psychiatrie vaudoise développée dans l'expertise de l'OMS a été déclenchée sous la pression de la surcharge et de l'encombrement de l'hôpital psychiatrique universitaire, devant subir conjointement d'importantes rénovations, allant dans le sens moderne d'une réduction de la capacité du nombre de lits de cette institution. Cette réduction du nombre de lits n'allait pas de pair avec une réduction du nombre des malades, une partie de ceux-ci devant par conséquent trouver leur place dans d'autres institutions. Pour ce faire, fallait-il construire de nouveaux bâtiments distribués dans le canton? Devant l'urgence, l'Etat de Vaud fit l'acquisition, quelque peu précipitée, de la clinique privée des Rives de Prangins, plus préoccupé de réaliser un projet et une distribution des tâches psychiatriques que de s'attacher à une doctrine et à ses implications.

En conclusion, l'acquisition de ces bâtiments symbolisait l'intérêt porté par l'administration cantonale aux malades mentaux, mais cette manière de faire plaçait la psychiatrie à nouveau sous le primat de l'hôpital alors que les services ambulatoires n'apparaissaient qu'à l'arrière-plan. Cependant, dans notre esprit, nous faisons nôtres les propos de Brisset (26): « la psychiatrie publique demande à être organisée selon le système de la prise en charge d'une population définie et non sur le modèle des applications techniques qui est la règle de la pyramide hospitalière ».

Evolution de la clinique privée « Les Rives de Prangins » en hôpital de secteur, ou comment ne pas devenir un hôpital de décharge

Du temps de la clinique privée, l'établissement se composait de 70 lits; la *construction* de l'hôpital psychiatrique de secteur fit passer sa capacité à 130 lits (selon les experts de l'OMS, le nombre idéal de lits de l'institution psychiatrique doit être de 150 à 300 lits).

La clinique des Rives de Prangins fut rachetée par l'Etat de Vaud au cours du dernier trimestre de 1967, et la prise en charge administrative par l'Etat s'est

faite dès le 1^{er} janvier 1968. L'hôpital psychiatrique du secteur ouest commença à recevoir des malades provenant de l'hôpital psychiatrique universitaire de Cery dès le 5 février 1968; le nombre de ces transferts s'éleva à 118 malades *chroniques* jusqu'à fin 1970, sur un total de 130 lits de service public, compromettant ainsi l'application de la politique de secteur envisagée sur ce territoire. Cette période de transition constitua une sorte de crise institutionnelle qu'on peut qualifier de phase dépressive du personnel soignant. En effet, notre tâche était double: assumer d'une part les transferts de malades à la longue carrière psychiatrique et répondre aux demandes des malades du secteur, tant sur le plan clinique qu'ambulatoire, et si nous ne pouvions y faire face, l'expérience que nous nous proposons pouvait se trouver définitivement compromise.

Voir figures 2 et 3, pages 76 et 77.

Sous peine d'encombrement irréversible, il fallut assumer la prise en charge de ces *chroniques* dont la mobilité se trouvait considérablement hypothéquée par la pathologie asilaire qui s'y trouvait greffée. Le rejet et l'angoisse concomitante vécue par les soignants ouvraient la voie de la régression en direction de l'institution classique, de maintien de la relation fusionnelle et de dépendance plutôt que la voie de l'échange, de l'élaboration des conflits et des vécus émotionnels. Les réunions et groupes institutionnels que nous exposerons plus loin permirent d'éviter cet écueil et amorcèrent le début de l'activité psychiatrique de secteur proprement dite.

Rétrospectivement, nous mesurons aussi la charge dynamique qu'une telle expérience a pu apporter tant aux soignés qu'aux soignants. Pour les premiers, la phase de transfert entraîna une décompensation de leur équilibre par rupture de continuité de leur vécu fixé et déterminé par une institution donnée. On vit réapparaître une pathologie de base en relation avec l'angoisse du changement; ce premier mouvement peut être appelé phase de désaliénation des phénomènes secondaires, laissant entrevoir pour certains d'entre eux la sortie. Cela permit aux seconds de traiter ces nouveaux pensionnaires comme des patients *tout neufs* évitant l'attitude de résignation passive par le partage et l'accompagnement de ces malades dans leur vécu psychopathologique. Donc, sous peine de voir se reconstituer une nouvelle aliénation secondaire par un séjour prolongé dans un nouveau milieu psychiatrique ayant, lui aussi, ses propres caractéristiques, il importait, une fois la stabilisation survenue, d'utiliser ce laps de temps, qu'on peut symboliser par une fenêtre, pour organiser et planifier la vie de ces pensionnaires dans la communauté. Pour cela, il fallut créer une organisation psychosociale, sorte d'articulation entre l'institution et la communauté. Ainsi fut donc créé un centre psychosocial comprenant deux assistantes sociales et trois infirmières en santé publique travaillant en étroite collaboration avec le staff médical pour la continuité de la prise en charge de ces premiers malades, avec, conjointement, les soins ambulatoires apportés aux premiers malades du secteur, activités qui allèrent se développer dans les années suivantes par la création des polycliniques et dont les fig. 4 et 5 donnent un reflet objectif.

Voir figures 4 et 5, page 78 et 79.

En juillet 1970, le secteur psychiatrique ouest se vit confier l'asile de *La Rosière*, sis sur un des districts du secteur, rattaché dès 1920 à l'hôpital psychiatrique de Cery et fonctionnant comme une annexe de celui-ci, réservé exclusivement aux malades *chroniques*. Dans le cadre du programme concernant l'organisation des services de gériatrie dans le canton de Vaud, cet établissement a subi une mutation profonde en devenant un hôpital géronto-psychiatrique; les malades âgés de moins de 65 ans sont progressivement transférés à l'hôpital de Prangins, où la plupart ont pu bénéficier, par la suite, d'un placement familial. Notons en outre que de 1970 à 1972, le nombre de lits de cet établissement est passé de 238 à 170.

Le secteur face aux difficultés administratives

Au niveau administratif, la sectorisation ne représentait qu'une organisation planifiée de la psychiatrie cantonale, fixée essentiellement sur l'hospitalo-centrisme représenté par l'achat ou la construction de bâtiments pour abriter la maladie et protéger la société. Nous voici bien loin de la conception du *secteur* au sens de la doctrine que nous souhaitons démontrer et défendre. D'une manière sarcastique, Bieder remarque (17): « Ceux qui ont une mentalité de conquérant ou d'administrateur rêvent de fixer leur œuvre dans des institutions et des édifices dont la première pierre porterait des fragments de leur épitaphe et des promesses de leur immortalité. Ce qui compte seulement, c'est ce qui se passe entre l'équipe soignante et le malade et comment ça se passe. »

Dans notre optique, nous étions sensibles au point de vue de l'expert de l'OMS dont nous partageons l'idée, à savoir que le développement de la psychiatrie hospitalière ne se comprend que concurremment au développement de la psychiatrie ambulatoire. Au cours des premières années du fonctionnement du secteur, nous avons pu vérifier la réalité de cette thèse, car sans la création d'une activité ambulatoire conjointement à l'activité hospitalière, l'institution serait rapidement devenue un hôpital de malades chroniques ne pouvant même plus répondre aux besoins hospitaliers du secteur. Pour éviter cet écueil, dont chacun a paru reconnaître la réalité, il est nécessaire que l'équipement complet en personnel soignant travaillant à la fois dans l'institution et dans la communauté soit mis à la disposition d'une telle entreprise. C'est dans ce sens que la direction médicale du secteur adressa sa demande au Département de la santé publique, sous forme d'un projet en vue d'obtenir le décret d'organisation tant du point de vue budgétaire que de l'équipement en personnel soignant pour de l'application pratique de l'activité de secteur.

On peut comprendre que les organismes payeurs se firent quelque peu tirer l'oreille du fait que notre demande, pour pouvoir réaliser cette expérience, requerrait des besoins comprenant à la fois l'hospitalier et l'ambulatoire. L'ensemble de ce budget paraissait bien trop élevé vu l'activité ambulatoire encore embryonnaire et aux perspectives encore bien vagues, et une concentration de soignants sur l'hôpital rendant le prix de revient par journée de malade le plus élevé du canton. Il nous fallut démontrer que notre but visait à des soins hospitaliers intensifs débouchant sur la sortie, puis sur une prise en charge par l'équipe ambulatoire permettant d'éviter l'aliénation institutionnelle des patients souffrant d'une affection psychiatrique à évolution chronique. Notre

tendance hospitalocentrique d'alors, liée aux conditions historiques de la création du secteur, ne constitua qu'une étape transitoire devant aboutir à l'activité de secteur proprement dite, à savoir ouverte sur la communauté. On peut appeler cette période phase d'antisédimentation.

Au départ, le secteur comprenait cinq unités de soins de vingt-cinq malades chacune; les soins de chaque unité étaient assumés par une équipe d'infirmiers et d'aides-soignants sous le leadership d'un médecin. Ce dernier était chargé, en outre, des postcures ainsi que d'un certain nombre de demandes de consultations ambulatoires. Par ailleurs, le centre psychosocial était composé d'une assistante sociale et de trois infirmières de santé publique travaillant sur les deux plans.

Rapidement, l'activité hospitalière se développa de même que l'ambulatoire en relation avec le fait que le territoire desservi était vierge de tout organisme de soins psychiatriques. On put démontrer que l'implantation de l'hôpital, l'organisation des soins de postcures, l'offre de consultations de polycliniques, les consultations psychiatriques dans les hôpitaux de district, l'établissement de relations avec les médecins praticiens, les prises de contact avec les différentes autorités locales, créèrent des demandes de plus en plus nombreuses émanant de la communauté. De ce fait, par le jeu de l'offre et de la demande, la direction du secteur put démontrer les besoins d'une population et obtenir ainsi une reconnaissance de son statut par l'administration, non seulement du point de vue théorique, mais du point de vue pratique, lui permettant de réaliser ses objectifs d'une manière concrète. C'est ainsi que le décret d'organisation du secteur psychiatrique ouest, en accord avec le Département de la santé publique du canton de Vaud, a fixé la répartition du personnel soignant comme suit:

Voir figures 6 et 7, pages 80 et 81.

De plus, le secteur vient de s'adjoindre à la fin de 1972 une équipe de pédo-psychiatrie fonctionnant à Nyon et dépendant techniquement de l'OMVP de Lausanne.

Dans ce chapitre ont été mises en évidence les principales lignes de force de la création d'un secteur psychiatrique comme expérience pilote dans le canton de Vaud, ce dans le cadre d'une politique cantonale de l'hygiène mentale en pleine mutation. Il ne s'agit là que d'une expérience commencée en 1968 avec ses transformations successives jusqu'en 1972, qui ne saurait constituer une fin en soi, mais n'est qu'un stade d'une expérience destinée à progresser et à se renouveler surtout sur le plan des échanges et de l'activité en regard à la communauté.

IV

Quelques aspects fonctionnels du secteur

Dans les chapitres précédents, nous avons introduit la doctrine que nous nous sommes proposé d'appliquer dans un territoire vierge de toute institution psychiatrique, nous en avons exposé les bases théoriques et les données pratiques, à savoir les conditions de son application s'inscrivant dans une refonte de la politique de la santé mentale dans le canton de Vaud.

Lors des débuts de cette entreprise, faisant suite à une expérience de psychiatrie privée fortement imprégnée par les concepts psychanalytiques, l'équipe médicale était composée de cinq à six médecins et le staff infirmier avait dû être en partie renouvelé à la suite de départs consécutifs aux changements de l'institution décrits plus haut. Toutefois, un service social comparativement mieux équipé du point de vue effectif avait pu être mis à pied d'œuvre. Si le schéma d'organisation vu plus haut peut paraître traditionnel et conforme au style d'organisation classique prévu par les services de santé publique, il est néanmoins possible d'user d'une certaine souplesse sur le plan interne pour tenter une application pratique de la doctrine de secteur. La répartition de patients chroniques entre chaque secteur hypothéquait un nombre important de nos lits d'hôpital et le *turn-over* des lits restants pour les malades frais en provenance du secteur proprement dit fut relativement élevé; il fallait, en outre, assumer les postcures, les contrôles des placements familiaux et les premières demandes de consultations ambulatoires, l'installation du secteur créant d'emblée des besoins émanant des instances administratives et médicales locales.

Il existait un risque certain d'encombrement sur le plan hospitalier et, secondairement, sur le plan ambulatoire, donc d'un retour à un type d'institution *totalitaire*, d'un monde social formé d'un grand nombre de gouvernés et d'un petit groupe de gouvernants, sans interpénétration entre ces deux strates comme le constate Goffman (55). Vu notre programme conforme à la doctrine qui est de tendance excentrique, il fallut d'abord porter nos efforts thérapeutiques sur l'intérieur pour aller vers le dehors, dans le sens de la complémentarité réciproque, rejoignant en cela Vermorel (110) pour qui « il est impossible de pratiquer une véritable politique de secteur sans un travail institutionnel préalable ou concomitant », ce que confirme très clairement aussi Balduzzi (8) pour qui la réalisation du secteur doit tenter d'abord de résoudre l'ensemble des résistances inhérentes à l'institution hospitalière, que ce soit au niveau des malades, des soignants en général et aussi des administrateurs. Cet aspect concret ne fait que confirmer le versant théorique de la doctrine née effectivement du *dedans*. Il fallait donc s'attaquer aux situations conflictuelles d'une institution considérablement modifiée par sa nouvelle fonction d'appareil de psychiatrie publique, ayant à prendre en charge des malades d'une autre qualité; angoisse du changement liée aussi aux remaniements internes du staff

soignant dont quelques-uns avaient participé aux expériences et recherches de Racamier et Woodbury dans cette même clinique lorsqu'elle était encore un établissement privé; expériences et recherches portant sur les mécanismes institutionnels.

Sous peine donc de renouer avec la rigidité artificielle des établissements classiques, d'instaurer le silence, la cristallisation dans le symptôme pour aboutir à l'*hospitalisme* et à la *maladie institutionnelle*, il fallait, comme le préconise Tosquelles, passer à l'action en créant le *processus d'institutionnalisation*: « c'est-à-dire sur l'existence de ces moyens termes ou médiateurs que les institutions sont: appareil, si on veut, apte à favoriser la dialectique des échanges à tous les niveaux » (108). Ce travail ou cette action au niveau de l'institution est issu de la constatation empirique que les institutions psychiatriques comportent une dynamique pouvant avoir des qualités curatives donnant lieu à la *psychothérapie institutionnelle* et aux *communautés thérapeutiques*. Nous ne saurions tendre, de quelque manière que ce soit, vers l'une ou l'autre de ces applications. Toutefois, notre ambition s'est quelque peu rapprochée de ce que Racamier désigne par *processus de soin* (92): ce soin se place donc à un niveau principalement conscient, il s'appuie sur les fonctions autonomes du moi, la relation avec l'équipe est collective, elle se situe dans un espace social et se réfère au concret quotidien. Mais le même auteur poursuit qu'une telle perspective de soin ne saurait être dénuée de qualité psychologique et, de ce fait même, de qualité *psychothérapique*. Ce soin va s'inscrire donc dans le champ de l'équipe soignante, gagnant l'institution dans sa globalité dans certains cas, puis, enfin, la communauté; bien que se référant aux malades psychotiques, la *caractéristique somato-psycho-sociale du soin*, telle que l'a soulignée Woodbury (113), nous est apparue essentielle aussi dans la pratique de secteur, dépassant le cadre des psychoses.

Nous ne saurions poursuivre ici de manière purement théorique mais, bien plutôt, exposer quelques-uns des aspects fonctionnels principaux d'une expérience vécue au sein d'une institution aux transformations successives, modifiant et remettant en question son organisation à la lumière de sa vocation essentiellement excentrique, c'est-à-dire tournée vers la communauté. Les réunions, groupes de discussion et de travail que nous décrierons se déroulent sur une période approximative de trois ans; nous tâcherons de dégager les modifications qui se sont opérées et qui probablement en auront déjà appelé d'autres au moment de la publication de ce travail. Conscients de leur action modeste, mais combien enrichissante pour notre vécu personnel, nous avons pu prendre, grâce à ces mouvements institutionnels, la mesure de la validité de la politique de secteur, eux qui ont permis la réalisation du passage du *dedans* ou *dehors*, amorçant ainsi l'avènement d'une expérience psychiatrique à visée authentiquement communautaire.

Nous pourrions conclure ici en reprenant Gentis et Torrubia (52): « c'est-à-dire qu'on va amorcer à l'asile un jeu de tensions dynamiques, de contradictions et de conflits qui ne doivent pas être conçus comme des sous-produits inopportuns de la révolution en marche, mais comme une nécessité inéluctable, car ils sont l'Histoire elle-même. On voit que dès que s'amorce une telle évolution, nous sommes d'emblée à l'antithèse du point de vue traditionnel: dans l'optique et la pratique traditionnelles est considéré comme trouble tout ce qui tend à menacer l'équilibre et la stabilité du milieu asilaire, de l'ordre établi;

toute crise, tout événement incident déclenche des contre-mesures disciplinaires ou *thérapeutiques* destinées à rétablir une stabilité que rien ne devrait pouvoir compromettre *in saecula saeculorum*. Dans l'optique d'une historicité constituante de l'institution, les conflits et les contradictions ont à être assumés; est considérée comme pathologique, au contraire, toute stagnation, toute tendance à la sclérose... »

Du flash institutionnel aux réunions d'équipes

Primitivement, ce groupe réunissait le staff médical au complet, les chefs infirmiers, les chefs d'unité de soins et les responsables de chaque département (service social, ergothérapie, sociothérapie, etc.), groupe relativement lourd puisque constitué au minimum de quinze participants; sa fréquence était quotidienne et sa durée oscillait de quarante-cinq à soixante minutes. Avec la progression des activités ambulatoires et l'augmentation du personnel, cette réunion se réduisit d'abord en fréquence à quatre fois par semaine, puis, depuis quelques mois, elle est devenue hebdomadaire. En effet, par nécessité, diversification et multiplication des tâches, s'est créée une sorte de sous-sectorisation comprenant trois équipes fonctionnelles composées de médecins, infirmiers, assistantes sociales, infirmière en santé publique, psychologue et un représentant de la socio-ergothérapie: il s'agit donc d'une unité, fonctionnant à la fois sur le plan hospitalier et sur le plan ambulatoire, qui est autonome et se réunit trois fois par semaine; la durée des échanges est variable et a pour objectif de répondre aux besoins informatifs et d'élaborer les décisions en commun.

Cette réunion a une fonction qu'on pourrait appeler de « détection », à savoir qu'elle a pour but une approche compréhensive et disponible aux demandes indirectes et au dépistage des conflits-écrans, le décodage des courts-circuits conscients ou non. Une ligne de force s'est rapidement dégagée pour tenter de s'institutionnaliser: la présence de la direction médicale au sein du groupe, outre son aspect valorisant et sécurisant, représentait l'autorité et le recours de dernière instance lors de situations de tension pour bon nombre de soignants, retournant, par angoisse inconsciente, vers un statut de non-responsable si vivement contesté. La direction médicale l'a bien compris qui, au terme de mouvements institutionnels divers, progressivement, fait partager ses responsabilités à trois chefs d'équipe, amorçant des échanges médecins-infirmiers où les notions de hiérarchie et de culture s'estompent dans le sens de la communication spontanée et non restrictive ou indirecte: « l'infirmier apportera au médecin sa connaissance du malade, le médecin apportera à l'infirmier sa connaissance à lui, théorique et pratique. Chacun de ces savoirs se complètera sans que doivent intervenir des notions de hiérarchie sociale et culturelle » (73). Ainsi s'expriment Ph. et E. Koechlin reconnaissant le côté utopique de leur remarque qui, néanmoins, devrait permettre au monde d'accéder à la triangulation, sans être empêtré dans la hiérarchie régissant les relations de ses soignants. Les mêmes constatent que cela est difficile à obtenir vu le type de formation du personnel soignant. Il serait par conséquent souhaitable, à notre avis, de créer des groupes de discussion avec le personnel infirmier, et également avec les médecins ou tout autre type de soignant; ces groupes devraient être animés par des psychiatres étrangers à l'institution. Certains problèmes d'ordre pratique ne manqueraient pas de se poser, concernant la prise en charge financière et le

moment de tels groupes ayant lieu soit pendant, soit en dehors des heures de travail. A signaler que de tels groupes ont existé du temps de la clinique privée et le psychiatre animateur, agent délégué de la direction médicale, fut le Dr Paumelle. Les expériences faites à ce sujet incitent à penser que de telles réunions ne peuvent être institutionnalisées qu'à la demande des intéressés eux-mêmes, qui se motiveraient à participer à de tels groupes; en effet, il semble que l'institutionnalisation préalable mobilise certains fantasmes persécutifs...

Enfin, mentionnons que l'ancien flash devenu hebdomadaire est destiné à traiter des problèmes d'ordre général tels que alcoolisme et institution, argent dans l'institution avec la participation des administrateurs; la direction médicale participe également aux réunions d'équipe nouvellement instaurée, à titre consultatif.

La réunion de l'unité de soins

Terminologiquement, il s'agit de l'équivalent de la « réunion pavillonnaire » dont Chanoit et col. (29) ont exposé la valeur institutionnelle; reprenant divers auteurs, elle serait « axe de l'organisation sociothérapique », « conscience du pavillon et moyen psychothérapique », « ambiance contrôlée », « développement d'une culture dans un mouvement d'échange », moyen qui « doit assurer les échanges dans un milieu où, par définition, il y a rupture de l'échange », et enfin, « énorme réseau d'information »; mais il importe davantage, à nos yeux, de la reconnaître comme ce qu'en disent Lebovici et col., à savoir si « ces essais thérapeutiques n'ont pour unique mérite que celui d'arracher le malade à son isolement social et à un apragmatisme destructurant, cela suffirait amplement à justifier leur généralisation ».

Cette réunion groupe les pensionnaires et l'équipe soignante (médecin, infirmiers, psychologue, assistante sociale, ergothérapeute), elle se déroule dans l'unité de soins concernée en moyenne deux fois par semaine, chaque séance durant de quarante-cinq à soixante minutes. Signalons qu'il y a deux groupes mixtes de pensionnaires chacun ayant un staff d'infirmières uniquement, un groupe de pensionnaires hommes avec un staff infirmier mixte, une autre réunion où pensionnaires et staff infirmier sont uniquement féminins et, enfin, un groupe où les deux sexes sont présents chez les soignants et les soignés. Au sujet de cette mixité qui, selon nous, concourt avec l'ensemble de notre politique à la désaliénation, nous ne saurions nous prononcer ou établir un bilan formel sur la meilleure fonctionnalité de tel groupe par rapport à tel autre; en effet, tant de paramètres interviennent, comme la personnalité du médecin, l'hétérogénéité des personnalités infirmières, les variations de la population pavillonnaire, etc... Inutile de rappeler ici les fantasmes sexuels circulant sur l'institution psychiatrique tant chez les malades que les soignants et dont l'approche ne pouvait être que danger et dont le tabou était représenté par les barrières de la hiérarchie institutionnelle.

Ainsi s'exprime J. Kipman-Planckaert (72): « comment démystifier ces clichés, comment soigner l'institution pour qu'elle devienne une communauté vraie et vraiment thérapeutique, c'est-à-dire ayant accepté cette vérité fondamentale que nous sommes des êtres sexués. Pour cela, il faut parler, avoir des réunions et les utiliser pour faire passer l'information, pour analyser l'émotion, pour discuter de la mixité, de la hiérarchie, etc. ». On imaginera sans peine les

difficultés à vaincre, les résistances à tous les niveaux et que relations hétérosexuelles ou homosexuelles se passent encore *sous le manteau*. Nous ne saurions prétendre à une fallacieuse maîtrise complète en ce sens, mais dans la mesure où nous aurons levé angoisses et sentiments de culpabilité, nous aurons été thérapeutiques.

Au départ, cette réunion était relativement lourde à supporter vu une proportion souvent plus importante de malades figés dans leurs stéréotypes institutionnels antérieurs que de malades récents et le plus fréquemment sans passé psychiatrique. Ce mixage heureux, à vrai dire, fut un élément dynamisant confronté à la passivité des *chroniques*; nous avons constaté de la part des nouveaux un double mouvement vis-à-vis du *fou*: le rejet rempli de peur et de culpabilité, puis l'approche obligée par un certain degré de promiscuité débouchant sur le dialogue et, enfin, à l'identification au soignant: ainsi se déroulait, sous nos yeux, la démonstration évidente de la valeur thérapeutique de la non-ségrégation entre aigus et chroniques et de la potentialité thérapeutique des malades. Par ailleurs, ceux parmi lesquels ce vécu inattendu s'est déroulé comme une expérience structurante furent nos meilleurs agents pour démystifier la représentation fantasmée de l'*asile* auprès de la communauté.

D'une manière quelque peu schématique, la participation des infirmiers à cette réunion leur a permis d'exprimer une partie de leurs angoisses, leur a offert la possibilité de verbaliser certaines causes prétendues de tensions, de se sentir participant à l'action thérapeutique de par leurs qualités personnelles, pour élargir et même parfois quitter leur statut d'agents exécutants au sein d'une organisation parfaitement hiérarchisée.

Enfin, par le dialogue qui s'est instauré dans de telles réunions, par le discours redonné comme une possibilité à chacun, s'est établie une certaine forme relationnelle à la valeur authentiquement désaliénante en portant le malade au maximum de ses possibilités sociales adaptatives, sans aucunement prétendre modifier l'aspect structural de sa personnalité. L'infirmier fait l'apprentissage quotidien de la valeur thérapeutique d'une relation souple et à laquelle il a droit. Le médecin, quant à lui, a quitté sa blouse d'aliéniste, il n'est plus un simple gérant de pavillon, délégué de la direction médicale; il peut aussi, avec beaucoup de satisfactions pour lui, faire usage de ses connaissances et possibilités, de son originalité sans pour cela avoir à se réfugier dans une relation thérapeutique uniquement et exclusivement duelle. Enfin, nous avons constaté, ainsi que l'a exposé Haynal (57), qu'en fonction du « dénominateur commun de l'angoisse des patients liée à l'hospitalisation elle-même et aux faits qui ont provoqué celle-ci », cette réunion a évolué « dans la ligne de sa propre dynamique, en créant ainsi un lieu d'échanges affectifs et de compréhension au moins partielle de ces échanges ». Ainsi furent présents un ensemble de facteurs plus spécifiquement thérapeutiques, à savoir que cette situation groupale a favorisé l'intégration sociale, a remédié à l'isolement, a suscité la « réaction du miroir », l'activation de l'« inconscient collectif » agissant comme « condensateur » et enfin l'échange (47).

Le postgroupe

Cette réunion qui fait suite à la précédente groupe l'équipe soignante *in corpore*. Le dialogue libre qui s'instaure permet à tous les soignants de

s'exprimer sur leur vécu, en relation avec la réunion de l'unité de soins qui vient de se terminer. Vécu parfois difficile à supporter et encore plus, parfois, à verbaliser, vu que cette nouvelle approche dans la relation entre soignants différents tend vers un échange de messages sur un mode le moins hiérarchisé possible, mais exposant chacun à s'engager personnellement sans chercher un règlement des situations conflictuelles par une décision autoritaire que détendraient les plus titrés. Ainsi, chacun est invité à partager ses affects, ses angoisses et ses peurs devant toute l'équipe, à remettre en question ses attitudes et contre-attitudes devant un groupe capable de supporter une telle communication, de l'encourager ou de la critiquer. Il n'est pas toujours aisé pour un infirmier qui vient d'être agressé par un malade dans la réunion d'exposer ce qu'il a ressenti; il s'agit là, souvent, d'une contrainte résiduelle et le soignant tente plutôt alors de se justifier ou de discuter face au leader, assimilé à un supérieur hiérarchique détenant le pouvoir. On saisira qu'un tel face-à-face, outre ce qu'il a d'enrichissant et de soulageant, doit être manipulé avec souplesse et prudence sous peine de rétention secondaire par les sentiments de type persécutoire qu'une intervention trop directe peut susciter; mais, le style d'une telle confrontation dépend d'un ensemble de paramètres où la personnalité de l'infirmier d'une part, celle du médecin d'autre part, ainsi que sa formation ne sont pas des moindres. Si cet échange a une fonction formative basée sur la compréhension et l'élucidation des principales lignes de force relevées dans la réunion de l'unité de soins, il a, à un niveau plus profond, une valeur thérapeutique, si le soignant est parvenu à devenir progressivement conscient du conflit et que celui-ci lui cause autant de tourment qu'à celui qu'il soigne.

Toutefois, il est évident qu'un tel groupe de travail, de par la structure même de l'institution, a une portée limitée bien qu'il soit mûrissant pour toute une équipe qui, délaissant le repli hiérarchique, engage chacun dans un statut de responsable; il devrait, plus loin, être complété, comme nous l'avons écrit plus haut, par des groupes de soignants animés par des psychiatres étrangers à l'institution. Pour les médecins, une telle expérience a été tentée.

Réunion du service social

Rappelons qu'au début de la création du secteur, cette équipe comprenait une assistante sociale, deux infirmières en santé publique auxquelles vint s'adjoindre une troisième ainsi qu'une psychologue. Actuellement, en fonction des transformations et de l'évolution, ce groupe comporte quatre assistantes sociales (ou assistants), réparties dans chacune des différentes équipes soignantes. Les infirmières en santé publique, ayant effectué auparavant une activité superposable à celle de leurs collègues assistantes sociales, tendent vers une spécificité répondant à la fois à leur besoin propre ainsi qu'à ceux du secteur.

Primitivement, ce groupe se réunissait deux fois par semaine avec un médecin responsable, dit répondant du service. On y exposait les demandes de consultations ou d'enquêtes psychosociales, voire d'hospitalisations, émanant des médecins du secteur, des hôpitaux de districts, des préfectures, et des autres instances juridiques ou administratives. Ce travail fut, au départ, la principale

activité de cette réunion vu que le secteur, nouvellement créé, offrait des services à une population bien délimitée qui, jusqu'alors, ne bénéficiait d'aucun organisme psychosocial au sens propre du terme, c'est-à-dire disposant d'assistantes sociales, d'infirmières en santé publique ayant une formation psychiatrique complète et de médecins spécialistes en soins psychiatriques.

On peut dire que, sur l'aire de notre secteur, les cas-problèmes étaient jusqu'alors assumés par les médecins généralistes et les organismes locaux, qui ne recouraient à la psychiatrie que lors de décompensations graves. On assista, en quelque sorte, à la création de besoins, voire même, à un certain moment, à une sorte d'inflation des demandes où l'instance psycho-sociale était utilisée comme une instance répressive et autoritaire, rôle auquel elle n'était pas préparée et auquel elle répugnait du fait de sa vocation propre. Progressivement, l'analyse des demandes adressées par les instances extérieures, des séances d'information auprès du public, mieux encore, le contact personnalisé entre les demandeurs et l'équipe psychosociale de secteur permirent l'évolution de la demande sur le plan formel et, également, sur le plan des motivations réellement psychiatriques ou socio-psychiatriques. Cette modification de la demande sur les deux plans nous a paru comme une réelle amélioration dans le fonctionnement du secteur avec son environnement; en effet, en réduisant les tensions, on diminuait du même coup le rejet de tel cas difficile par le demandeur sur un organisme qu'il décrète *spécialisé en la matière*: plus loin encore, on peut reprendre, sur le plan de l'action psychosociale au sens large, ce que nous en dit une équipe de secteur (77): « une collaboration faite d'informations, de « services » réciproques a permis d'atténuer, voire même d'éviter la dichotomie existant entre services sociaux polyvalents et services sociaux spécialisés, dichotomie dont le malade mental fait en définitive toujours les frais. Cette information permet de définir notre identité propre et, de ce fait, de limiter le recours abusif au *psychiatrique*, à savoir la *dépsychiatisation*. »

Remarquons que les soins apportés aux conflits relationnels par l'information de l'identité du secteur psychiatrique, impliquant du même coup une définition de l'objet de la psychiatrie et des rôles du psychiatre et de l'assistante sociale ont amené une réduction du rejet d'une part et de la résistance d'autre part. A noter que ces tendances n'ont pas totalement disparu comme cela serait désirable dans une perspective un peu trop idéaliste; on ressent aisément que ce sont les demandeurs les plus méfiants vis-à-vis du psychiatre et de la psychiatrie qui se manifestent le plus fréquemment dans leurs expressions réjectives et dont les résistances et les motivations inconscientes, déduites abstraitement, ne sont pas toujours modifiables sur le plan pratique.

Rappelons que le travail psychosocial, se situant entre deux pôles constitués par l'hôpital et la communauté, est représenté par un axe de travail sur lequel se déplace toujours la même équipe médico-sociale que le malade rencontrera à la fois à l'hôpital et à l'extérieur. C'est au sein de cette équipe que se déroule un certain nombre de relations et de tensions qui furent abordées au cours des réunions, notamment entre assistantes sociales et médecins. Il était reproché à ceux-ci de se décharger trop facilement sur les assistantes sociales de la prise en charge de certains cas lourds ou peu intéressants du point de vue scientifique, notamment les cas devant bénéficier de placements familiaux, à savoir nécessitant un certain encadrement: le service social ressentait cela comme une sorte de pression exercée sur lui et s'estimait insuffisamment motivé ou préparé,

retrouvant ici, de manière plus subtile, ce que nous décrivons de manière caricaturale dans le paragraphe précédent à propos de la relation de l'institution avec la société sectorisée qu'elle dessert. Au début de l'activité du secteur, l'alibi tout trouvé pour expliciter ce phénomène fut la surcharge de l'hôpital en patients chroniques et qu'il fallait placer presque coûte que coûte afin d'éviter l'encombrement et, vraisemblablement, pour des motifs plus inconscients, car le même type de conflit persista au-delà de cette première phase avec les malades provenant directement du secteur.

Le service social aborda aussi un conflit larvé existant entre lui et les équipes soignantes poussant à la sortie de certains patients qui, sur le seul critère d'une bonne adaptation à l'institution, devraient, selon eux, bénéficier d'un placement ou d'une réinsertion sociale quelconque, mais qui ne sont pas pleinement conscients des difficultés posées par de tels malades sur le plan de l'adaptation au milieu, alors que l'assistante sociale est en possession des données réelles et des obstacles à aplanir avant de réaliser ce but. Ce problème est particulièrement aigu en ce qui concerne les patients qu'on peut appeler *marginaux* et qui, cliniquement, se décompensent dès les premiers jours de leur réinsertion dans la vie de la société, soit en raison de leur angoisse personnelle causée par une désafférentation brutale, soit par l'angoisse que leur pathologie engendre dans le milieu parfois mal préparé à les recevoir.

L'ensemble du staff social put ainsi exprimer des conflits difficiles à résoudre en fonction, nous semble-t-il, du système de communications intra-institutionnelles trop lourd. Sous l'impulsion de certaines modifications du staff social, notamment la présence récente de quelques-uns de ses éléments ayant travaillé dans d'autres centres psychosociaux suisses ou étrangers, l'ensemble des réactions de mécontentement put se préciser et se conceptualiser à la faveur, également, de certains cas aux échecs de sortie et de prise en charge répétés inconsciemment, cristallisant le conflit médecin – assistante sociale – infirmière d'unité de soins. C'est ainsi que furent demandées des réunions groupant dans leur ensemble le staff médical et le staff social. Il ressortit très rapidement un important problème au niveau des communications en raison de la structure des réunions institutionnelles devant déboucher sur la création des équipes et l'intégration d'une assistante sociale dans chacune d'elles ainsi que sa participation aux réunions pavillonnaires.

Cette discussion, portée à un niveau assez général, mit en évidence également des failles dans la planification de la prise en charge multidisciplinaire, ainsi que certains conflits ou réactions de prestance entre médecins et assistantes sociales corollaires des difficultés précitées. On a pu constater qu'avec l'évolution du secteur, les problèmes ont pu être élucidés à l'intérieur de ce groupe et qu'ils ont permis de réduire partiellement les tensions existant entre les groupes de travail: on saisira aisément qu'une sédation de l'angoisse, angoisse créée au sein de l'institution par les conflits entre collaborateurs, a permis une évolution et une transformation maturante de chaque membre en soi, de chaque membre au sein de sa propre équipe et de chaque équipe dans ses relations avec une autre, ceci dans le sens d'une qualité de soins meilleure aux malades. Toutefois, il nous semble qu'une analyse de la collaboration médecins-assistantes sociales telle qu'elle est pratiquée à la polyclinique psychiatrique universitaire de Lausanne (59) permettrait un approfondissement nécessaire et souhaitable pour chacun.

En outre, la présence de l'assistante sociale au sein de l'équipe s'est faite dans le sens « d'associer le plus possible le personnel hospitalier à l'action du service social dans la compréhension totale de la maladie qui ne doit plus être abordée dans les cadres étanches des étapes hospitalières ou extra-hospitalières » (16). Il nous était apparu aussi que le conflit entre personnel hospitalier et service social reposait sur le fait que l'infirmière prenait à son compte certaines tendances des médecins à se défaire d'un cas difficile sur l'assistante sociale. De plus, il serait, là aussi, utile d'analyser les sentiments des soignants travaillant sur la régression pour, une fois les progrès accomplis, remettre le *cas* à un autre qui ne fait que le « travail facile »! Enfin, le service social se réunit seul, sans médecin actuellement, pour s'informer mutuellement sur ce qui se passe dans chaque équipe; il peut, lors de problèmes généraux concernant le travail social dans le secteur, se référer à la direction médicale.

La réunion médico-administrative

Cette séance hebdomadaire comprend un échange entre les gestionnaires, responsables du budget d'un organisme de service public, et les utilisateurs des moyens dont dispose cet organisme; elle réunit donc l'administrateur et son adjoint ainsi que les principaux responsables des soins (direction médicale, chefs de cliniques et chefs infirmiers). L'idée d'une telle réunion repose, selon nous, sur la tendance fréquente d'une distanciation néfaste entre les soignants et les gestionnaires, dont les médecins sont souvent les éléments démissionnaires, se soldant par une ignorance réciproque ou, quelquefois, par des épreuves de force aux remous institutionnels peu souhaitables. Notre conviction rejoint en conséquence le principe énoncé dans l'article d'Angelergues, Diatkine et Paumelle: « un organisme de secteur ne nous paraît pouvoir se développer qu'à la double condition que les pouvoirs administratifs et techniques soient réunis dans les mêmes mains et que cette direction trouve des formes collégiales » (3).

Si de telles conditions ne trouvent pas leur expression sur le plan pratique, il est habituel de constater que l'instance administrative manifeste son identité, et partant son pouvoir, en tentant de contrôler le soin, au sens général, et son application selon les normes propres à la gestion économique et non selon les besoins réels et nécessaires des malades de service public.

Les auteurs que nous venons de citer précisent à ce sujet « que la pratique de secteur suppose que l'administration n'enferme pas le futur psychiatre de secteur dans des tableaux de service ou des normes formulées en nombre d'actes pratiqués directement pour un malade. De telles mesures n'aboutiraient qu'à paralyser entièrement le fonctionnement et à le bureaucratiser ». Ce risque existe dans la mesure où l'administration de l'institution, représentant et répondant des pouvoirs publics, assure, à elle seule, les programmes de fonctionnalité de l'institution psychiatrique face à un groupe médical enfermé dans la réflexion scientifique et fort ennuyé par les problèmes administratifs.

Le dialogue que nous nous proposons est une participation à la gestion de l'institution où le médical, exposant les besoins et les perspectives du secteur, les confronte à la réalité économique représentée par ses collaborateurs de l'administration et dans une perspective bien définie que ne vient pas recouvrir

une compétition pour le pouvoir. A ce point, il nous semble avoir pu sensibiliser l'administration à la politique de secteur, éviter la cristallisation du conflit pour la quête du pouvoir, établir une collaboration apparemment satisfaisante, mais non sans conflits; on peut objecter à cela qu'il ne s'agit, somme toute, que de rationalisations et on ne peut s'empêcher de se référer aux remarques de Lévy ou d'Hochmann, concernant l'institution psychiatrique, à propos de l'angoisse de manipulation rapprochée si vivement de l'angoisse paranoïde au sens kleinien...

Le groupe ergothérapique

Au début du secteur, les activités ergothérapiques étaient organisées d'une part en petits ateliers au sein des unités de soins, *ateliers d'accrochage*, et d'autre part par un atelier excentrique, réservé aux activités d'expression. Les premiers se justifiaient par l'insuffisance en locaux destinés à cet usage et par le besoin d'organiser pour les nouveaux malades, surtout issus d'autres institutions, un programme thérapeutique diversifié sous peine de se confiner à la vie strictement asilaire et à l'immobilisme. Le service d'ergothérapie se trouvait, d'une certaine manière, morcelé dans l'institution, l'ergothérapeute isolé, souvent en compétition avec les infirmiers ou les infirmières; il s'agissait, en réalité, d'un groupe mal coordonné, recherchant une certaine cohésion pleine d'ambiguïté à travers l'autorité de l'infirmier-chef.

En fait, il est apparu que les ergothérapeutes étaient à la recherche de leur identité propre, tant comme groupe que comme soignants aux fonctions bien déterminées. Ces difficultés nous paraissent inhérentes au travail d'équipe où, le soin psychiatrique compris dans son aspect pluridimensionnel, se produisent, outre la compétitivité, des sentiments de frustration personnels par rapport à une relation duelle avec le malade pour devenir une relation pluripolaire. Un processus d'autonomie du groupe s'est amorcé par la création d'un atelier d'ergothérapie central en septembre 1971, regroupant dans le lieu les malades participant aux activités ergothérapiques et les ergothérapeutes. L'avènement de ce groupe en tant que tel lui a rapidement fait prendre conscience de ses propres conflits, dépouillés du conflit-écran avec les infirmiers ou les infirmières. Les difficultés avec ceux-ci reposent sur un fait qui nous paraît essentiel, à savoir que l'infirmier se charge du travail au niveau de la régression qui, une fois dépassée, passe la main à l'ergothérapeute dont l'activité thérapeutique est de type progressif; l'infirmier, néanmoins, se sent toujours à l'arrière-garde pour assumer toute forme de décompensation ou accident de parcours, donc c'est à lui qu'est dévolu tout rôle ingrat. Cet état de fait est vécu par l'infirmier comme une nouvelle forme de ségrégation dont il est en partie l'objet, mais qu'il s'empresse de projeter sur le malade. Cette distorsion de la relation se complique aussi par quelque attitude réjective de l'équipe d'ergothérapie qui, sous le couvert de rationalisations telles que l'insuffisance en moyens techniques ou des impératifs de productivité, justifie la critique de l'infirmier à son égard.

Depuis son autonomie, le département d'ergothérapie se réunit régulièrement une fois par semaine pour une séance de discussion avec un médecin référent pour y aborder les problèmes d'organisation et de fonctionnement interne, ainsi que les communications avec les différentes unités de soins. De

plus, une ergothérapeute est déléguée dans chaque équipe et participe aux réunions de celle-ci. Il ne s'agit, ici, que de systèmes relationnels basés sur la communication et les échanges et l'information qui ont, certes, amélioré la collaboration et réduit l'intensité de certains conflits; mais notre idée reste que seuls des groupes de discussion, animés par des psychiatres étrangers à l'institution et intégrés aux conditions vues plus haut, permettront à chacun un abord des conflits en profondeur et à l'institution dans son ensemble de progresser.

Les réunions qui viennent d'être décrites ont permis la mise à jour quotidienne des conflits et tensions survenant aux divers niveaux de l'institution; si notre expérience ne peut prétendre au qualificatif de *communauté thérapeutique* ou de *psychothérapie institutionnelle*, elle s'en approche, néanmoins, en ayant instauré la communication permanente entre tous, le respect et l'écoute attentive de chaque message, chacun concernant l'institution et l'institution concernant chacun. Mais le soin institutionnel n'est qu'un des aspects de l'activité que se propose la doctrine de secteur, parfois, comme dans notre exposé, il en fut le moment initial; le secteur, à travers l'expérience institutionnelle, devient conscient des limites de celle-ci et sa vocation excentrique se fait alors pressante dans le sens de la communauté. C'est ainsi que dans notre travail s'inscrit le vecteur institution/communauté. En tant que psychiatres de secteur, nous sommes, en effet, conscients, comme l'écrit A. Lévy (78), «... que les conflits peuvent seulement être aménagés ou déplacés, mais non supprimés...», raison pour laquelle le soin institutionnel n'est qu'un moment s'inscrivant dans le cours d'une maladie en référence à «la dualité des instincts et des besoins humains: de fermeture et de fixité, d'ouverture et de développement».

Cette transition entre le travail dans l'institution et la communauté constitue, pour certains auteurs, une évolution séquentielle dans l'application pratique de la doctrine. Telle en est la conception de Vermorel: «la thérapie institutionnelle a pu être décrite comme le traitement psychologique de l'institution dans ses rouages malades. Et je dois souligner que pour travailler dans le secteur, il faut concomitamment ou préalablement traiter l'hôpital, quand il y a au départ, comme c'est le cas souvent, un hôpital comme structure quasi unique de la psychiatrie. Sinon, on observera que l'hôpital, comme groupe constitué et menacé par un travail extérieur, se retournera contre celui-ci, quelle que soit la bonne volonté de ceux qui s'y trouvent. La thérapie institutionnelle comme principal mérite a celui de préparer le personnel à travailler à l'extérieur» (111).

La relation du secteur à la communauté, si nous la comprenons de l'intérieur comme une politique de déségrégation et de réintégration, n'est pas accueillie dans une optique identique par la société environnante se ressentant encore des relents historiques dont elle est issue. Dedans, il existe une conviction en la doctrine qui, pour sa réalisation pratique, a vite compris la nécessité d'éviter l'encombrement de l'institution sous peine de se convertir en hôpital de décharge. Pour cela, on procéda à une évaluation des possibilités d'aide et de soutien aux malades mentaux en place alors sur le secteur et avec qui il était de première urgence de prendre contact en vue d'établir une collaboration. En fait, en l'absence de spécialistes en psychiatrie d'adultes, les

différents points d'appui psychiatriques et sociaux étaient représentés par les médecins praticiens, les hôpitaux de district, les quelques centres médico-sociaux polyvalents et parfois embryonnaires, certaines municipalités et quelques pensions susceptibles de recevoir des malades mentaux. Des séances d'information s'avérèrent nécessaires auprès de ces différentes instances, ayant parfois une conception partielle et erronée de l'action psychiatrique. C'est ainsi que fut créé dès le début de notre activité un centre psychosocial, composé alors de cinq médecins, une assistante sociale et deux infirmières en santé publique (actuellement douze médecins, quatre assistantes sociales, deux infirmières en santé publique) chargé de répondre aux premières demandes du secteur, d'entretenir et de développer les relations avec les diverses instances locales, d'assumer les postcures, la prise en charge des malades ayant séjourné ou non à l'hôpital, et de contrôler médicalement les malades qui allèrent, progressivement, être placés dans des pensions sises sur le secteur. Cette ouverture à la communauté fut également amorcée par une idée originale émanant du personnel infirmier; par petits groupes, infirmiers et malades *chroniques* du secteur se rendirent dans les communes d'origine où il fut possible à quelques-uns de renouer avec la communauté à travers une maison natale, une école primaire de village, parfois des camarades ou une famille... Le secteur passait à l'action.

Les policliniques

Devant l'offre née de la création du centre psychosocial, les demandes progressèrent à tel point qu'il fut nécessaire d'ouvrir des policliniques psychiatriques répondant à la fois aux besoins des hôpitaux généraux, des praticiens installés et des différentes instances sociales du secteur. En octobre 1970 était créée la première de nos policliniques à l'hôpital général du district de Nyon, mettant un médecin-psychiatre et une assistante sociale un après-midi par semaine à disposition des patients du district envoyés par des praticiens ou demandant eux-mêmes une consultation; un second après-midi où un médecin-psychiatre se met à disposition des malades hospitalisés à l'hôpital général.

Au début de l'été 1971 fut créée la policlinique psychiatrique du district de Cossonay fonctionnant à l'hôpital général de Saint-Loup dans une proportion de temps et de personnel analogue à celle de Nyon. Enfin, la policlinique psychiatrique pour le district de Morges entra en fonctions le 1^{er} octobre 1971, établie sur le même modèle que les précédentes, à ceci près que, vu la proximité de la ville de Morges par rapport à Lausanne, ses habitants ont conservé, en partie, l'habitude de se déplacer en direction du secteur-centre, principalement pour les soins ambulatoires, alors qu'on ne note pas la même propension pour les hospitalisations, la population de cette région s'étant déjà habituée à séjourner à Prangins.

Une évaluation globale et approximative peut fixer les prestations comme ayant doublé après deux ans de fonctionnement en moyenne, et ceci pour chaque policlinique. De plus, le secteur, depuis le début de l'année 1973, vient d'être équipé d'une antenne de pédo-psychiatrie (un médecin, trois psychologues-psychothérapeutes, un orthophoniste, un assistant social) fonctionnant à Nyon; cette équipe dépend techniquement de l'OMPV de Lausanne. La collaboration dans un même sous-secteur de deux équipes, l'une de psychiatrie

d'enfants, l'autre de psychiatrie d'adultes permet d'entrevoir d'une manière plus pratique la fonction prophylactique, en fait d'affections psychiatriques, que se propose l'activité de secteur.

L'hôpital de nuit

La formule d'hôpital de nuit fut un des premiers pas vers l'extension de notre secteur dans la communauté; en effet, le pensionnaire de nuit s'intégrait progressivement, durant la journée, à la communauté dans laquelle il reprenait son statut socioprofessionnel à part entière. L'hôpital de nuit est une sorte de ban d'essai qui nous permet de mieux contrôler les possibilités intégratives du patient dans la communauté et, de ce fait, il nous fut possible de limiter toute réaction réjctive, engendrée par une pénétration trop massive dans une population qui n'était pas habituée à cette proximité. Ceci nous permit, également, de tester les facultés de tolérance et de souplesse de la communauté envers la maladie en créant, du même coup, une relation possible et non dangereuse avec l'institution, évoluant vers le dialogue et vers la transaction.

Actuellement, les patients en régime d'hôpital de nuit ont leur activité reconnue par la population environnante, et rares sont les plaintes et les angoisses émanant de la communauté en direction de l'institution. Il nous semble même assister progressivement à une mutation lente mais réelle d'une population devenue souvent tolérante et compréhensive. Du point de vue pratique cependant, vu la position excentrique de l'institution, la formule d'hôpital de nuit reste la plus favorable aux pensionnaires venant des districts de Nyon ou de Rolle; idéalement, l'équipement du secteur devrait comporter des foyers d'accueil pour les malades psychiatriques dans les centres urbains les plus importants du secteur et soutenus par les antennes déjà en fonction dans les chefs-lieux de district.

L'hôpital de jour

Un autre élément de l'éventail de soins ambulatoires, l'hôpital de jour, fonctionne également depuis le début de la création du secteur, mais à une échelle moindre. Egalement pour des raisons d'ordre géographique, c'est-à-dire la position excentrique de l'institution, ce moyen est essentiellement accessible aux patients se trouvant à une distance relativement faible de l'hôpital. Là encore, il nous semble utile de compléter l'équipement du secteur en centres d'accueil de jour qu'on pourrait jumeler avec ceux de nuit, ceci dans un objectif économique et, aussi, afin d'éviter une consommation abusive soit de locaux, soit de personnel soignant.

Le secteur et les centres médico-sociaux des districts

La création des polycliniques dans le secteur constitue le lieu privilégié où l'équipe psychosociale, émanation de l'institution psychiatrique, est venue se brancher sur la communauté à travers deux de ses rouages essentiels: l'assis-

tante sociale ou l'infirmière en santé publique et le médecin de médecine générale.

Généralement, les contacts avec les assistantes ou infirmières polyvalentes ont lieu dans les centres médico-sociaux de district où se donnent régulièrement les consultations pour les postcures ou les traitements ambulatoires. Elles ont une appréciation souvent très complète non seulement des malades qu'elles suivent, mais aussi de l'ensemble de leur réseau relationnel tant familial que professionnel, ayant une connaissance multidimensionnelle de chaque personne et, partant, une meilleure approche notamment sur le plan psychologique, permettant de focaliser notre action thérapeutique avec le minimum de dispersion d'énergie. On peut dire que le soutien technique offert par l'équipe psychosociale a permis une prise en charge plus adaptée et plus souple de certains patients psychiatriques du fait de l'action sécurisante du spécialiste. La demande va de la simple concertation à propos d'un cas déterminé, du conseil dans l'attitude à travers la relation, de la stratégie à définir pour une prise en charge en commun, jusqu'à la remise du cas au spécialiste et à la demande d'hospitalisation. Par cette collaboration et la disponibilité d'un service psychiatrique ambulatoire à portée de main, l'action concertée a limité les hospitalisations répétées ou celles se produisant selon un mode dramatique, répétitif ou coercitif. Ces divers points ont ouvert l'accès du psychiatre à la communauté et le début de la démystification de son personnage s'intégrant progressivement à celle-ci. C'est ainsi que certaines consultations de l'équipe psychiatrique ont pu avoir lieu au domicile de certains patients, à travers l'action de l'assistante sociale ou de l'infirmière en santé publique.

La grande mobilité de l'équipe médico-sociale, la souplesse de son action lui permettent d'entrer en contact avec la communauté à peu près à tous les niveaux. Elle peut remonter jusqu'au malade à travers les instances sociales et administratives, puis le voisinage, pour aboutir enfin à *pénétrer* le milieu familial où s'exprime telle pathologie, ou vit et agit tel malade, et ce contact qui s'établit dans le milieu se fait alors sur un pied d'égalité ou, du moins, de ce qui s'en approche le plus. C'est par ce long cheminement, souvent laborieux et difficile, que se dénouent, à travers la relation, l'angoisse, toute l'animosité et les fantasmes de peur ressentis envers tout membre de l'équipe soignante.

Ainsi, on voit que les soins psychiatriques s'appuient sur le milieu, que ce soit centres médico-sociaux, institutions diverses, voisinage, famille, etc. Pour l'instant, l'extension spatiale que constituent les soins à domicile n'en est qu'à ses débuts dans le cadre de l'activité du secteur, surtout en ce qui concerne le médecin. C'est l'élément le plus mobile de l'équipe, l'assistante sociale ou l'infirmière en santé publique, qui se rend au domicile des malades, la plupart du temps déléguée par le médecin. Aux Etats-Unis et au Canada, les soins à domicile font partie de l'activité psychiatrique courante, ainsi que dans certaines expériences européennes, notamment dans le XIII^e arrondissement de Paris, où Woodbury a introduit la notion d'*hospitalisation à domicile*. Cette formule signifie que le malade est soigné dans son milieu et contexte social propres, par et avec sa famille, en collaboration avec ses voisins parfois, et avec les services médicaux et sociaux du secteur. Dernièrement, nous avons assisté à une telle forme de soins psychiatriques à propos d'une malade et de sa famille où, pour la première fois, les infirmières de l'unité de soins où avait séjourné la malade participèrent à la continuité du soin dans le milieu; le personnel

infirmier de Dingelton Hospital participe de manière courante à de tels types d'activité (32). Il nous paraît, comme à Hochman, que (60) « La visite à domicile est un élément indispensable à l'hygiène mentale des soignants eux-mêmes. C'est le plus fort virus anti-hiérarchique et anti-institutionnel que nous connaissions. »

Le secteur et les omnipraticiens

Le médecin de médecine générale est également un élément essentiel dans le cadre de notre action sur la communauté; celui qu'on appelle le médecin de famille détient sur l'individu malade et son milieu un ensemble de données précieuses s'inscrivant dans un laps de temps dont la dimension échappe à l'équipe de secteur et qui fait de ce patient *mon malade*. On conçoit aisément ce qu'implique de souplesse et de délicatesse l'intrusion du psychiatre de secteur dans cette relation, qu'elle soit bonne ou mauvaise, cette relation médecin-malade privilégiée dont Balint a su démontrer la complexité (10-12). C'est donc au psychiatre de secteur qu'incombe la tâche, délicate entre toutes, de comprendre ce qu'attendent de lui malade et médecin de famille, se rappelant la mise en garde de Durand à propos des facteurs iatrogènes dans la relation thérapeutique: « Derrière l'harmonie apparente d'un bon contact se cachent, en réalité, des positions transférentielles et contre-transférentielles pleines d'hostilité: la relation médecin-malade est devenue un *objet-malade* et un *objet de maladie* » (39). Voici alors que le psychiatre de secteur fait l'expérience de cette ambiguïté dans laquelle agressivement et inconsciemment son confrère a décidé de l'entraîner à travers une demande dont il est l'objet, demande qui lui est adressée pourtant dans toutes les règles de la collégialité et même, parfois, sous-tendue par une authentique amitié et à laquelle Genevard a donné son sens profond: « colère et inhibition traduisent ici la négativisation du transfert avec déplacement sur le psychiatre » (51). Toutefois, nous ne saurions passer sous silence l'ensemble de cas où une prise en charge conjointement par le psychiatre et le généraliste est souhaitable lorsque la relation médecin/malade, entre le médecin de famille et son patient, est encouragée par le spécialiste après une évaluation de ladite relation qui s'avère de bonne qualité et, par conséquent, économique, où l'abstention psychiatrique est de loin plus thérapeutique que son intrusion intempestive.

Notre impression est que les difficultés énoncées au début de ce paragraphe, si elles ne peuvent prétendre à disparaître, se sont réduites d'une manière sensible, à travers un contact personnalisé et un climat de confiance, parfois suffisant, pour les limiter et, si elles surviennent, pour pouvoir en parler entre confrères avec une certaine liberté.

Le secteur à l'hôpital général

Importante aussi l'intégration du psychiatre de secteur au sein de l'hôpital général; deux polycliniques participent à l'activité d'un hôpital général sous forme de consultations ou de présentations de cas lors des visites médicales dans les services, principalement en médecine interne. Cette participation

fonctionne différemment étant donné la manière dont s'est instaurée la relation; dans l'un, le psychiatre fonctionne à titre d'échange avec son collègue interniste consultant à l'hôpital psychiatrique (à noter que l'interniste consultant fournissait des prestations à notre service bien avant que le psychiatre ne fournisse les siennes!); dans l'autre, une demande de prestation au psychiatre fut clairement formulée par les somaticiens, enfin pour le troisième hôpital, les consultations psychiatriques ont lieu à la stricte demande des médecins qui y travaillent.

On remarquera que cette collaboration, loin d'être structurée sur le même modèle, est un reflet très général de la manière dont la psychiatrie et son représentant sont ressentis dans toute leur ambiguïté. Nous savons qu'ailleurs ces mêmes formules ou d'autres encore ont été appliquées mais qu'aucune, jusqu'alors, ne semble avoir prévalu. Il existe à cela des causes multiples et, selon notre expérience, le conflit repose en grande partie sur l'idée que chacun se fait du modèle médical; d'une manière générale, le somaticien ne considère comme psychiatrie valable que celle qui se calque le plus étroitement possible sur le modèle médical classique et parfois moderne au sens de la technicité; pour le psychiatre, sa relation à l'hôpital général évolue selon la formule de Sapir du « phallus à la poubelle ». « Phallus, le psychiatre est là dans un but de recherche précise ou bien il sert au chef de service plus averti en psychiatrie que les autres membres de son staff, de support... poubelle: la nécessité d'une approche psychiatrique est admise formellement. Le psychiatre est vu comme l'homme d'un diagnostic et d'un traitement particuliers. On déverse sur lui les cas qui gênent le service, les crises manifestes d'agitation, les suicidaires mal supportés par l'entourage, essentiellement infirmier, les caractériels massifs. » Conformément à cet auteur encore, force nous est donc de constater qu'en dépit d'une intégration réelle ayant pris souvent un temps considérable au sein de l'équipe de l'hôpital en soins généraux, « lorsque médecins et psychiatres se connaissent mieux et collaborent, le malaise n'en est pas dissipé pour autant... » (98).

Ainsi, notre intervention à l'hôpital général se situe fréquemment dans un monde de malades soit rejetés, soit clivés entre divers spécialistes dont le dernier en liste est le psychiatre, soit enfin sous le coup de quelque intervention psychologique pour le moins discutable. Ce n'est pas une moindre tâche que celle d'élucider le conflit actuel entre le malade et les soignants de l'hôpital en intégrant celui-ci dans le contexte personnel et psychosocial de chaque individu examiné par le psychiatre. Si notre action au sein du milieu médical hospitalier s'attache en tout premier lieu à démontrer, comme l'écrit Schneider, « qu'il existe une unité qui est la personne humaine réunissant en une totalité le somatique et le psychique ... nous pouvons d'autre part affirmer aussi que l'homme en tant que personnalité ne peut être dissocié du milieu dans lequel il vit et qu'il est toujours dans une situation dite *sociale*. » Le même auteur, plus loin, montre que « la structure hiérarchisée de l'hôpital ne permet souvent pas une véritable prise en charge, par l'un des membres de la pyramide, d'un patient qui est finalement ballotté d'un examen à l'autre et d'un traitement au suivant sans que quelqu'un ait véritablement une vue d'ensemble sur son cas et puisse prendre des décisions adéquates » (102).

Notre observation serait quelque peu amère et partielle si elle ne faisait mention de cette évolution du jeune médecin assistant et des stagiaires à

l'hôpital général, évolution qui se remarque par l'attitude ouverte au psychiatre et la demande à celui-ci, non seulement dans la quête d'un diagnostic ou d'une décision, mais aussi dans la discussion critique de leur relation à tel ou tel malade. Cette modification par rapport aux générations précédentes de médecins nous semble en relation étroite avec la formation psychologique que nos jeunes confrères ont acquise tant aux facultés de Genève que de Lausanne (49), dans celle-ci on applique cette forme dramatisée d'enseignement qu'est le *jeu de rôle* (103-104).

Activité ambulatoire dans les pensions

Parmi nos activités, mentionnons les visites médico-sociales, par les différentes équipes, des pensions du secteur accueillant des malades psychiatriques, établissements très divers tant par le degré de la pathologie qui y est assumée que par le nombre de malades y séjournant et le niveau de formation — parfois l'absence de formation — des responsables de ces maisons. Il s'agit en fait d'établissements privés qui, sous la dénomination de *pension*, sont reconnus et contrôlés par le Service de la santé publique.

Nos équipes effectuent des contrôles réguliers de ces établissements, en moyenne quatre à six fois par an, sans compter les fréquentes visites des infirmières en santé publique. Ainsi avons-nous pu constater que ces placements sont parfois peu satisfaisants pour certains types de malades. En effet, quelques-unes de ces maisons remplissent un rôle de gardiennage, d'autres reproduisent une sorte de modèle asilaire, aliénant à nouveau le malade que l'institution s'est efforcée de resocialiser par son action communautaire. Ce problème mérite d'être approfondi et étudié afin de réévaluer la validité de certains de ces établissements sous leur forme actuelle, ceci dans le cadre de l'activité du secteur dans la communauté et, d'une manière plus générale, revu avec les pouvoirs publics.

D'autre part, de par sa situation géographique et son caractère rural, le secteur compte bon nombre de pensions recevant des malades psychiatriques en provenance d'autres régions ou d'autres cantons, principalement de Genève. Bien qu'issus hors du secteur, ces malades sont considérés officiellement comme résidant sur le territoire que nous desservons et, par conséquent, doivent bénéficier des soins incombant à nos différentes équipes psychosociales. Notons à ce sujet une certaine ambiguïté qui naît lorsque des municipalités sollicitent notre assistance à propos d'établissements recevant des malades dépendant, de fait, d'autres institutions psychiatriques et dont la pathologie inquiète la population des communes en question. De ce fait, les prestations fournies par nos équipes à cette catégorie de malades suivent une courbe ascendante compliquée par la méconnaissance ou connaissance partielle de ces cas extra-secteur. Il convient donc de définir, avec les institutions psychiatriques concernées, le rôle de notre activité ambulatoire à propos de tels patients.

Voir figures 8 et 9, pages 82 et 83.

Le secteur et sa relation avec la prophylaxie en matière d'alcoolisme

Une certaine partie du secteur rural est caractérisée par une florissante culture vinicole, où la consommation de vin blanc joue un rôle important dans

l'établissement des relations sociales favorisant une certaine forme d'alcoolisme endémique; dans ce milieu, seuls sont considérés comme alcooliques les individus présentant des troubles comportementaux sous l'influence de l'alcool. De ce fait, les moyens de prévention et de traitement de l'alcoolisme sont confrontés à des limites telles que la loi de 1941 a fondé l'Office cantonal antialcoolique dans le canton de Vaud, comprenant seize offices régionaux, parmi lesquels Mivelaz note (86) « que ce sont les offices régionaux urbains qui fonctionnent le mieux alors que ceux situés dans les régions campagnardes ou montagnardes présentent une *passivité* et une inertie qui ne laissent pas d'être inquiétantes ».

Avec la sectorisation psychiatrique du canton de Vaud, à chaque secteur correspond un assistant social, antenne de l'Office cantonal antialcoolique. Cette organisation est encore au stade de préparation et la collaboration avec le centre psychosocial et l'hôpital psychiatrique du secteur devra être l'objet d'une organisation à la fois plus souple et plus intensive entre les deux parties, sous forme de consultations conjointes réservées à ce type de malades dans les différentes policliniques.

Le secteur et les problèmes de géronto-psychiatrie

Une attention toute particulière doit être portée au problème des personnes âgées, problème basal pour l'application d'une politique de secteur efficace, sous peine de voir se convertir l'hôpital psychiatrique, qu'on s'est appliqué à désaliéner, en institution gériatrique devenant une fin en soi.

Il convient, donc, de mettre sur pied une politique pour la géronto-psychiatrie, basée sur le modèle des soins ambulatoires offerts aux malades adultes, à savoir l'organisation de consultations de policlinique, la multiplication des soins psychiatriques à domicile et la mise en place d'un encadrement social, une collaboration étroite avec les omnipraticiens et les hôpitaux généraux en vue d'une répartition équitable et d'un partage des problèmes gériatriques; l'activité de secteur devant faire face à:

- 1) des demandes qui se multiplient, parfois injustifiées ou abusives, par rejet ou méconnaissance des problèmes socio-gériatriques;
- 2) l'insuffisance des programmes concernant les problèmes géronto-psychiatriques mis sur pied par les pouvoirs publics.

Quelques considérations sur le travail en équipe (38-40)

Chaque individu devenant malade se manifeste par un ensemble de réactions psychologiques au phénomène maladie; outre le phénomène pathologique, l'intérêt du médecin doit se porter sur la personne malade dans sa pluridimensionnalité s'inscrivant dans son réseau relationnel. Cette évaluation, en psychiatrie surtout, aboutit à reconnaître les besoins du malade et que la réponse à ceux-ci dépasse, souvent, les possibilités d'un seul soignant quand il s'agit de mettre sur pied un véritable programme thérapeutique. Seule une équipe soignante suffisamment étoffée, souple et mobile, peut assumer des prises en charge diversifiées et personnalisées, échappant à un modèle classique

parfois encore valable, mais d'une manière non absolue, souvent insuffisant et n'ayant même plus le bénéfice de l'argument économique.

L'équipe est également l'instrument permettant la continuité du soin et, principalement, de ceux, parmi les malades, qui tendent à rompre la relation et pour qui le soin est le plus nécessaire; c'est elle aussi qui, au travers de ses membres les plus mobiles, assume prévention et rechutes en permettant, en cas de besoin, d'effectuer sans trop d'à-coups la transition, souvent dramatique, avec leurs collègues dont la tâche est plus spécifiquement institutionnelle.

Composition de l'équipe:

- médecins (4 personnes dont 1 chef d'équipe);
- psychologue (1);
- assistante(s) sociale(s) (1 ou 2);
- infirmière en santé publique (1);
- infirmiers (infirmières) de 1 ou 2 unités de soins;
- ergothérapeute (1);
- secrétaire (1).

N. B. Les éléments mobiles de l'équipe, soit ceux qui travaillent dans l'institution et dans la communauté, sont soulignés.

Le secteur psychiatrique ouest comporte trois équipes constituées selon ce même modèle. Si cette méthode de travail en équipe offre aux malades un traitement personnalisé correspondant d'une manière plus spécifique à l'ensemble de ses besoins, elle doit être l'objet d'une stratégie bien établie dès le départ d'un traitement ainsi que de réévaluations fréquentes pour éviter de devenir inopérante et que le malade ne devienne un toxicomane à l'équipe. Cela est bien précisé dans le texte de Paumelle à ce sujet (88): « ... l'intervention dosée, concertée, coordonnée, de tel ou tel membre de l'équipe, chaque membre de l'équipe pouvant être, suivant le cas, le pivot de la relation avec le malade et le médecin chef d'équipe restant responsable du programme thérapeutique précisé aux réunions de synthèse ». Le même poursuit plus loin: « ... cet abord pluridimensionnel, plus riche, plus adapté au cas, implique un ajustement permanent de la spécificité du rôle de chaque membre de l'équipe et la remise en question de la qualité des communications et des échanges ».

Idéalement, le principe de la structuration de ces équipes doit être basé sur la cooptation où l'incorporation de chaque nouvel élément — quelle que soit son identité professionnelle — à une équipe constituée exige une prise de contact préalable, une observation réciproque aboutissant à une décision commune. Il est à noter que, pratiquement, cette cooptation ait à souffrir de la discordance existant entre l'offre et la demande. Au niveau médical, cette cooptation revêt une importance particulière: en effet, la participation du médecin au travail d'équipe est limitée du fait qu'elle s'inscrit à l'intérieur de sa formation, soit de spécialiste soit d'omnipraticien et, par conséquent, en fait un des éléments les moins stables de l'équipe. Diatkine fait remarquer que cet état de fait rend, effectivement, la situation beaucoup plus compliquée que dans le XIII^e arrondissement et, par voie de conséquence, pour la réalisation pratique du soin continu; au XIII^e, en effet, les psychiatres intégrés aux équipes sont

formés et, en faisant le secteur, se proposent une carrière au long cours, tout en bénéficiant sur place d'une formation continue. De plus, la cooptation des médecins au XIII^e se fait parmi les candidats participant aux activités didactiques intégrées au fonctionnement de cet organisme.

Nous ne reviendrons pas sur la fréquence des rencontres en équipe exposées dans la première partie de ce chapitre. Il est important de souligner le danger que de telles équipes fonctionnent pour elles-mêmes en perdant leur objectif, à savoir le malade, pour se convertir en réunions de type social se complaisant dans une forme de « copinage », selon l'expression de Durand. Il est également intéressant de souligner la proscription de relations affectives spécifiques pour le fonctionnement des équipes, tel que nous l'a exposé Diatkine.

Ce parcours des activités institutionnelles et dans la communauté a tenté de montrer l'organisation souple et mobile de ce mode de travail où prévaut l'élément relationnel avec le malade et son milieu par contraste à un équipement psychiatrique uniquement préoccupé de technicité. Toutefois, cette application entraîne un certain nombre de difficultés. Tout d'abord, le maintien d'un équipement suffisant et homogène, tant sur le plan de la quantité que de la qualité, est primordial pour le bon fonctionnement d'un tel type d'activité; cette remarque s'entend non seulement pour les médecins, mais implique les infirmiers, assistantes sociales, ergothérapeutes, sociothérapeutes, etc. Le travail en équipe devrait comporter également une action dans le sens du recrutement en éléments constitutifs de l'équipe, action qu'on a vue, fréquemment, se concrétiser. Notre secteur qui, en dépit de ses difficultés, est actuellement « opérationnel », démontre un équipement nettement plus élevé comparativement à d'autres secteurs du canton, ce qui ne manque pas d'entraîner quelques réflexions au niveau politique. Sur le plan budgétaire, les difficultés persistent encore, bien qu'actuellement atténuées par rapport aux débuts de notre expérience; il reste néanmoins encore bien difficile de faire comprendre que notre but, tout en allant à l'encontre d'une autoconservation de l'institution avec un taux d'occupation maximal, est, à notre sens, rentable tant du point de vue du malade que du point de vue économique. Une étude sur l'activité du secteur, en collaboration avec l'Office cantonal de statistiques, tentera de démontrer d'une manière objective la validité de l'application pratique de la doctrine dans ce sens également. Diatkine rappelait récemment la persistance de cette même controverse dans le XIII^e après quinze ans d'activité déjà!

Enfin, les difficultés essentielles sont peut-être d'ordre psychologique, touchant à la fois l'individu et le collectif; il ne faut pas perdre de vue que toute institution encourt le risque du retour aux lois classiques de l'homéostasie et de l'homologie. Notre devoir est d'être attentif au fait que souligne Hochmann (60): « Toute institution, un jour ou l'autre, est aliénante. Toute institution se sclérose et devient oppressive. Née d'une défense contre la solitude et la mort, elle secrète à son tour les défenses qui lui permettent de persister. » Et nous pouvons conclure avec le même auteur que « C'est peut-être en soignant le malade dans sa famille, en apprenant à soigner les ensembles dont il fait partie: la famille elle-même, l'immeuble, la communauté que nous pourrions raisonnablement poursuivre la critique de l'asile, ce cancer qui toujours repousse au flanc de notre société. »

V

**Quelques réflexions sur la doctrine
et la pratique de secteur**

Dans l'introduction à ce travail, nous avons situé la maladie mentale dans son contexte historique afin de dégager l'aspect relationnel de l'homme malade dans son champ interpersonnel et extrapersonnel (social et culturel) (11), relation reposant trop souvent, dans notre société, sur le rejet et la dépendance outrancière au savoir-pouvoir. Nombre de doctrines et idéologies à teinte nettement sociopolitique ont remis en question cet aspect socioculturel; sans nous rallier aux thèses les plus extrémistes, force nous est de reconnaître leur valeur du point de vue des réflexions qu'elles suscitent, des controverses qu'elles engagent, des critiques qu'elles entraînent à propos d'une certaine forme de psychiatrie conformiste et désuète, parfois même réactionnaire ... Nous ne saurions souscrire à une idéologie psychiatrique politico-révolutionnaire risquant de s'enliser dans une dialectique à visée mégalomaniacale, perdant le contact avec la réalité et le concret; il nous semble que ces nouvelles conceptions aboutissent à utiliser, en fin de compte, le même mécanisme que celui qu'elles contestent, à savoir le refus du fait psychopathologique; refusé et projeté sur un système aliénant d'une part, refusé et enfermé d'autre part. Les défenseurs de telles idées n'hésitent pas à taxer toute méthode, autre que la leur, de moyen plus subtil de la garantie de l'ordre établi. A notre avis, nous ne voyons dans cette critique qu'une forme d'artifice dialectique et que la toute-puissante idéologie psychiatrique à visée révolutionnaire, dont se targuent ses plus ardents défenseurs, permet d'échapper à la réalité.

Si, en tant que psychiatres de secteur, nous contestons ce couple savoir/autorité, si nous dénonçons l'enfermement comme une fin en soi, si nous refusons de nous poser comme les garants de l'ordre de la société, si nous récusons la nosographie comme moyen permettant au psychiatre de rester un médecin comme les autres et comme justificatif de la société pour cacher son rejet du fou, nous reconnaissons cependant le fait psychopathologique; celui-ci nous paraît indissociable du milieu où il se passe et doit être intégré avec lui pour une meilleure compréhension de son dynamisme et, partant, du soin à y apporter.

Notre expérience, comme la plupart des expériences de secteur, a débuté par une activité institutionnelle dans sa dimension sociale déjà introduite lorsque l'établissement était privé. Pour certains auteurs, dont nous sommes, le secteur se fait au travers du travail institutionnel tel que nous avons tenté de le démontrer au chapitre précédent, en faisant une sorte de parcours obligé. La compréhension sociopsychologique des mécanismes institutionnels prépare à celle de la communauté dont l'institution serait la caricature. S'il faut mobiliser le visage de l'hôpital, s'il faut lutter contre le caractère asilaire fermant la porte

aux malades et aux psychiatres, si l'hôpital n'est plus qu'un élément des soins psychiatriques, n'y a-t-il pas, conséquemment, le risque de l'éparpillement de l'hôpital, sa négation et, par ce fait, une nouvelle manière de fuir le malade, comme le soutient Tosquelles (108), sous le couvert d'un libéralisme avant-gardiste ?

Il n'est pas vain, non plus, de souligner que l'avènement communautaire dans le secteur, mal compris et appliqué sans discernement, peut se rapprocher de la notion de pénétration avec tous les fantasmes qu'elle sous-tend. Il faut se garder de comprendre et de vouloir réaliser le secteur comme une sorte d'organisation sanitaire sur le modèle militaire, risque que certains détracteurs de la doctrine ont pu flairer avec plus ou moins d'humour. Nous sommes conscients du danger qui existe, à travers les relations de plus en plus étroites avec le milieu, d'instaurer une sorte de réseau fonctionnant comme un système de contrôle du malade psychiatrique, déplaçant au sein de la communauté le totalitarisme de l'asile derrière la parodie démocratique, le psychiatre partageant, en fin de compte, son pouvoir avec la famille, l'employeur, le voisin, les autorités en place de la manière la plus insidieuse pour n'aboutir qu'à la « psychiatisation » de la communauté. C'est de cette tare originelle dont il nous faut chaque jour nous défier, que Benoit traduit en ces termes : « Explosion au dehors d'une institution, [le secteur] n'en est souvent constitué que de ses débris » (15). Les mises en garde ne manquent pas pour nous éviter de buter sur cet écueil, sorte de piège où la société, apparemment sensibilisée à la libéralisation de la psychiatrie, obtient du psychiatre de secteur des gages nécessaires à cette acceptation ; ainsi, Basaglia remet-il en question cet aspect du secteur : « l'institution ouverte, libéralisée, communautaire est en réalité une institution fermée dans un système de communication circulaire qui ne permet pas de débouchés ou de voies de sortie. De même que l'amplification de l'assistance extérieure de type sectorial avec son caractère préventif et prophylactique n'est qu'un jeu apparent, dans lequel le malade, libéré des étiquettes et des superstructures institutionnelles, est inclus dans la norme, dont les limites ont été auparavant restreintes, afin de pouvoir le maintenir sous contrôle (13). »

L'implantation du secteur au niveau de la communauté comporte un risque d'inflation psychiatrique certain par la mise à disposition d'un arsenal multiple, accessible à un éventail de population de plus en plus large ; cette forme de psychiatrie de secteur à vocation technocratique que dénonce Gentis (53) « ... la psychiatrie propre aux sociétés industrielles, celle que s'invente la Nouvelle Société pour contrôler son fonctionnement et mettre un peu d'huile dans ses rouages ». Ce glissement de la psychiatrie hors du champ de la médecine sous la pression des demandes où le psychiatre de secteur succombe à son idéal du moi mégalomane, emprise toute-puissante sur la communauté, redevenu un sociatre ou thaumaturge moderne. Risque mais non réalité, Hochmann (60) propose cette règle à propos du secteur : « En psychiatrie dite de *secteur*, aucune institution spécialisée ne doit être créée avant que toutes les possibilités thérapeutiques de la communauté n'aient été explorées et utilisées. »

Selon nous, il est impératif d'analyser toute demande, de s'informer si les autres instances non psychiatriques déjà en place ont été préalablement consultées, d'entrer en contact avec elles, d'éclaircir toute action déjà entreprise même sans succès, d'apporter une aide sous forme de consultant indirect, corriger la trajectoire d'une demande court-circuitant les étapes intermédiaires.

Seule une psychiatrie disponible mais médiatisée vise à éviter la reconstitution *extra muros* d'un système aliénant.

Outre les différentes problématiques auxquelles la pratique de secteur peut se trouver confrontée tant vis-à-vis de la société que vis-à-vis du champ plus spécifique de la psychiatrie, elle comporte, de par sa démarche même, certains aspects ambigus et contradictoires, pouvant être, conséquemment, entraînée vers certains excès lors de l'application rigoureuse, voire rigide de ses ambitions. L'aspect conflictuel intrinsèque de la doctrine paraît se situer au niveau de la notion si controversée de la *continuité des soins*. Préoccupation basale de ses théoriciens, elle visait et vise encore à combattre toute forme d'aliénation par le pouvoir psychiatrique, la carrière institutionnelle comme une fin en soi, la réduction des attitudes réjectives. Perspective idéale certes, mais qui, dans la pratique quotidienne, nous est apparue comme faisant vivre au malade, avec une angoisse moindre, les couples fixité/mobilité et continuité/différence; à notre avis, il s'agit là d'une perspective thérapeutique à visées intégratives où chaque patient a la possibilité de vivre un ensemble d'expériences avec une même équipe soignante, que ce vécu se déroule en institution et dans la communauté, parfois dans la communauté uniquement, pour une durée limitée, parfois s'étalant largement dans le temps dont l'action structurante se réalise selon le modèle de cohérence proposé.

Plus concrètement, la « prise en charge continue » s'entend par la responsabilité d'une équipe assumant à elle seule la totalité du programme thérapeutique, celui-ci pouvant comprendre le traitement hospitalier, la post-cure, toute autre forme de soin ambulatoire y compris les tâches préventives vis-à-vis d'un malade associé ou non à son entourage le plus proche et selon également des facteurs de durée et de lieu. Cette méthode de travail se propose de subvenir à toute défaillance pouvant survenir dans l'évolution du malade. Les modalités de prise en charge sont comprises dans un éventail très élargi variant en fonction d'un ensemble de paramètres essentiellement d'ordre psychologique, donc difficilement quantifiables et codifiables, mais dont nous tenterons d'aborder quelques écueils et aspects contradictoires qui nous paraissent inhérents à la doctrine elle-même et à la maladie mentale.

Du fait de sa fonction de service public, les demandes de prise en charge faites au secteur apparaissent sous des modalités très variées: demande angoissée de l'entourage pouvant même se montrer exigeant, demande imposée par une instance administrative, demande spontanée mais ambivalente du patient lui-même, demandes des praticiens, demandes à caractère plutôt social dépassant l'activité spécifique du secteur et le cadre psychiatrique, mais non sans implication psychologique au niveau de la communauté. Les réponses à ces demandes varieront en fonction de la qualité de celles-ci et aussi en fonction des caractéristiques propres de l'équipe et des membres qui la constituent. La réponse peut évoluer entre deux extrêmes, à savoir la rupture ou la continuité abusive et donc discutable selon que, dans le système relationnel initial malade-équipe, l'un est imposé à l'autre ou s'impose à l'autre dans les deux sens de l'axe relationnel. La question alors se pose du libre choix tant pour le futur soigné que pour le futur soignant, d'une façon plus aiguë encore lorsque le secteur ne comprend pas d'autre instance de recours psychiatrique ou psychosocial, choix rendu encore plus étroit par une sous-sectorisation mieux coordonnée du point de vue fonctionnel, mais ayant probablement perdu en

souplesse. En dépit de cet inconvénient, il reste pour le malade un choix, celui du recours toujours possible à l'équipe, ce choix de la réalité accessible que démontre Jeanneau: «... la sectorisation permet non pas de leur donner LE LIBRE CHOIX dans l'absolu, qui n'est qu'une abstraction, mais de leur offrir UN CHOIX beaucoup plus proche des réalités » (67).

Une autre variable dans la continuité des soins est celle de la stabilité des membres de l'équipe dont nous avons exposé les limites dans le cadre de notre expérience au chapitre précédent. Nous ne saurions, par contre, trop insister ici sur les contradictions inhérentes à cette notion de continuité dans le système relationnel malade/équipe. En effet, la prise en charge en équipe offre la possibilité à certains types de malades d'agir d'une manière scissionniste sur l'équipe qui, pour réduire ce qui se déroule dans le temps, distribue, entre plusieurs de ses constituants, différentes parts du programme thérapeutique dans le but d'alléger ce qui serait trop impliquant pour un seul soignant. C'est ce jeu relationnel que le malade va s'appliquer à fragmenter en vue de l'obtention de bénéfices secondaires ou aussi pour rompre la relation à l'équipe, relation qu'on se propose au départ de rendre continue et cohérente, du moins consciemment. Ainsi comprend-on le retour fréquent du vocable *manipulation*, dans son sens très spécifique et péjoratif, lors des réunions de synthèse permettant la mise à jour de l'échec du programme thérapeutique. Cette prise de conscience se couple presque inmanquablement d'un rejet vite corrigé en une sorte de réajustement du fonctionnement de l'équipe qui peut alors s'appliquer à *coincer* le malade, à qui il ne reste alors qu'une alternative se situant entre la fuite ou la soumission passive à cette réaction de l'équipe (34). Cette réaction risque parfois d'être l'amorce d'une de ces prises en charge interminables où, sous le couvert d'une référence à l'application parfaite de la doctrine, se noue une relation de type sado-masochique, parfois non sans valeur libidinale, mais sans grande valeur thérapeutique, évoluant vers un processus d'anti-autonomisation. C'est à propos de cette contradiction dans laquelle l'action peut s'enliser qu'Azoulay écrit: « il y a une contradiction qui peut rester latente, occulte ou manifeste, entre continuité de prise en charge et autonomisation du sujet, si on ne peut surmonter les pièges souvent subtils de la possession mutuelle ». Mais en même temps, l'intervention active, le soutien toujours disponible est un élément « thérapeutique essentiel, pour tout sujet dont l'organisation est en faillite, les termes d'assistance et de traitement, de soutien et de psychothérapie, sont à la fois indissociables et contradictoires » (6).

La *continuité des soins* doit être comprise non comme une permanence de la relation soigné-soignants, mais bien plutôt comme la permanence d'un système de prise en charge; en effet, par son action, l'équipe exprime la notion de constance tout en absorbant les changements inhérents à son existence, elle est appelée à se renouveler sans jamais disparaître pour le malade. Le principe de la *continuité*, érigé en règle absolue, confine aux ambitions mégalomaniaques de l'équipe en matière de soins et, par conséquent, à une contrainte où le malade est oublié. Il se peut aussi que l'instrument que constitue l'équipe soit utilisé comme un artifice technique de par sa caractéristique multidimensionnelle, établissant une pseudo-relation avec le malade en ne favorisant chez lui que ses besoins régressifs. Toutefois, d'après notre expérience, cette méthode de travail permet, si elle est appliquée avec souplesse et en pleine connaissance des

déviation stérile où elle risque aussi de s'enfermer, l'avènement du processus d'autonomisation de certains malades où les méthodes classiques se montreront plus lourdes et plus lentes, donc moins économiques tant pour le malade que pour les organismes payeurs. Néanmoins, la complexité de son réseau relationnel et ses articulations diverses nécessite la constante obligation d'une réévaluation du mode de prise en charge entre tous les membres de l'équipe responsable d'un programme thérapeutique, ceci dans le but de pouvoir métaboliser les exigences contradictoires des malades les plus graves et non de les laisser s'emparer de l'équipe.

Dans l'activité de secteur du Centre de santé mentale du XIII^e, il existe pour un même malade une équipe institutionnelle et une équipe dite de secteur qui reprend le patient dès sa sortie de l'hôpital. Dans notre expérience, nous tentons de maintenir, non sans un certain nombre de difficultés, cette continuité entre le dedans et le dehors, sans articulation entre deux équipes différentes. Des exceptions existent et nous avons également ce type d'articulation décrit plus haut dont une des raisons est que la sous-sectorisation en trois équipes n'est pas reproductible sur le plan hospitalier comme elle l'est sur le plan ambulatoire. En effet, l'architecture et la conception de l'institution datant d'une quarantaine d'années n'étaient pas conçues dans le but d'une telle activité et les unités de soins varient en quantité et en qualité. Il arrive que l'équipe institutionnelle, connaissant *a priori* son action limitée dans le temps et focalisée sur l'aspect régressif du moment de la maladie d'un patient, investisse d'une manière très partielle la personne malade et, par conséquent, sa propre activité; cette équipe se vit comme utilisée lors des phases les plus pénibles sans participer totalement à la phase d'autonomisation. Ce vécu, ségrégatif par rapport à l'équipe ambulatoire, nécessite souvent une revalorisation du traitement institutionnel; de plus, si, comme cela arrive, un malade est pris en charge par deux équipes consécutivement, cela peut ouvrir la possibilité du choix pour lui, d'un autre côté, on peut induire, ce faisant, ce que Winnicott a appelé la *dispersion des agents responsables* (112). La constitution de nos équipes, formées à la fois d'éléments travaillant uniquement en institution et d'autres sur les deux plans, entraîne inévitablement des conflits; ainsi, les infirmiers et infirmières risquent d'induire ce transfert institutionnel quasi irréversible comme garant de leur identité face aux autres membres de l'équipe qui, par réaction, s'engagent sur le terrain de l'*externement abusif* tel que l'appelle Le Guillant. Si l'on connaît bien le risque du devenir institutionnel irréversible, la chronicité, l'aliénation avec sa caractéristique justificatrice, il peut exister également une chronicisation ambulatoire aux motivations inconscientes et souvent difficilement réductibles: comme l'écrit Burner «... la chronicisation peut satisfaire certains besoins profonds des services extrahospitaliers, lesquels risquent de favoriser cette dépendance qui pourrait devenir une justification de l'existence du service lui-même ou de l'activité de certains membres de l'équipe soignante » (28).

Nous pensons avoir démontré quelques aspects de cette notion de *continuité des soins*, sorte de pierre angulaire de la doctrine de secteur, dans ses éléments de discontinuité, à savoir les changements de responsabilité à divers moments de la trajectoire d'une maladie entre membres d'une même équipe et entre équipes différentes; si ceux-ci nous paraissent inévitables, ils sont néanmoins quasiment indispensables dans la mesure où ils peuvent être élaborés en

groupes et s'inscrire dans le mouvement thérapeutique, aussi souple qu'efficace, ouvrant la voie de l'autonomie recouvrée à chaque malade en fonction de l'acceptation, par chaque soignant, de la responsabilité propre du patient. Enfin, l'aspect hautement dynamique et positif des éléments discontinus de la pratique de la *continuité du soin* sont remarquablement soulignés par Azoulay : « ... la volonté de maintenir à tout prix la continuité dans son sens restreint constitue souvent la négation des limites que devrait se fixer une équipe thérapeutique, oblitérant sans profit à long terme ces ruptures que le système conflictuel du sujet opère. En ce sens, une certaine acceptation de la continuité de la prise en charge constituerait à la suite du patient un véritable déni de la réalité, de sa réalité interne, comme de la réalité concrète de l'équipe psychiatrique. » Plus loin, le même auteur poursuit : « ... on peut alors comprendre la continuité indispensable dans un traitement au long cours comme une histoire de ces temps forts et de ces ruptures, à travers laquelle le sujet peut ressaisir sa propre histoire, se vivre comme être de désir, et non pas se sentir manipulé par un système thérapeutique. Sans cela, les avantages de ce système complexe du fait de sa différenciation s'inversent et le font apparaître comme une grande « machine », terme dont la résonance psychotique ne saurait étonner ici » (6).

Par ailleurs, notre activité paraît se caractériser par un *turn-over* hospitalier tel qu'il se concrétise par une sédimentation relativement réduite; cette première impression suscite un certain nombre de réflexions semblables à celles que se posent d'autres psychiatres de secteur, notamment esquissées dans un travail sur dix ans d'expérience au Centre de santé mentale du XIII^e (44) : la relative brièveté du séjour moyen en hôpital est-elle imputable uniquement à cet aspect de la prise en charge multiple, diversifiée par des équipes suffisamment étoffées ? La méthode est-elle plus spécifiquement adaptée aux demandes variées de malades tels que les psychotiques, les alcooliques avec leurs difficultés familiales et socio-professionnelles, les déviants divers avec leurs conduites asociales ? Selon une approximation subjective, il semble exister par contre une insuffisance face aux demandes de malades névrosés. Cet aspect revêt une importance particulière sur notre secteur qui ne comporte aucun psychiatre-psychothérapeute privé et constitue une de nos préoccupations les plus actuelles. Autant de questions qui pourront trouver des réponses objectives par une étude épidémiologique en cours sur le fonctionnement du secteur, ne manquant pas de données précises sur la validité, les inconvénients et limites de la méthode. Néanmoins, nous pensons avoir rempli ce qu'on appelle la mission historique du secteur, à savoir : « réactiver la masse des lits d'abandon, éviter de renouveler la population des lits d'abandon et finalement diminuer le nombre des lits nécessaires » (5).

Dans ce mouvement de la psychiatrie sociale auquel participe, pour une part, la psychiatrie de secteur, il n'est pas vain de se prémunir de ce danger que pourraient constituer, entraînés dans le mouvement culturel contemporain, un quadrillage de la population, une consommation excessive, une recherche du malade, en un mot, la psychiatrisation de la vie, tel que le remarque Ajuria-guerra (1). Dès à présent, ne nous faut-il pas déjà, par contre, tenir compte de ces *intoxications idéologiques*, comme Chazaud dénomme le Marcusisme et le Reichisme ? Avec ce même auteur, il s'agit de reconnaître comme une réalité que « si la vie est conflit (et normalement conflictuelle), pour qu'il n'y ait pas de crise — ce qui est l'impasse du conflit — il faut la médiation. L'essentielle

médiation est travail: travail de la pulsion, travail du rêve, travail du deuil, travail de l'interprétation: telles sont les catégories théoriques et pratiques essentielles au freudisme » (30). Quelle que soit l'appartenance doctrinale de tout psychiatre moderne, il nous semble devoir prendre la mesure du problème de l'homme contemporain et à venir pour aussi pouvoir se situer par rapport à lui, ce à travers la question formulée dans la *Crise des générations* par G. Mendel (82): « Le vrai problème qui nous paraît devoir se poser de plus en plus nettement à l'homme contemporain est celui-ci: comment opposer au pouvoir de l'Outil et à son processus quasi autonome de développement un contre-pouvoir de force égale fondé sur la reconnaissance des droits et besoins humains spécifiquement, et comment définir un certain nombre de règles intransgressibles touchant aux rapports respectifs de l'homme et de la société: droit de l'individu à l'information, à des choix politiques véritables, à l'éducation, à la dignité, à la liberté — tous droits que nous avons par ailleurs reliés à la formation d'un Idéal du Moi post-œdipien ? »

BIBLIOGRAPHIE

1. AJURIAGUERRA J. (DE) — « Pourquoi une psychiatrie sociale? », *Inf. psy.*, juin 1972, pp. 529-535.
2. ANGELERGUES R. — « La psychiatrie face à ses antis », *La Nef*, n° 42, janvier/mai 1971, pp. 173-192.
3. ANGELERGUES R., DIATKINE R., PAUMELLE PH. — « La situation et les fonctions des médecins dans un organisme psychiatrique de secteur », *Inf. psy.*, décembre 1972, pp. 997-1002.
4. AUDISIO M. — Compte rendu de « La psychiatrie française dans ses rapports avec les autres psychiatries », in *Annales de thérapeutique psychiatrique*, PUF, 1969, *Inf. psy.*, n° 4, avril 1970, pp. 417-418.
5. AUDISIO M., HUGUET P., PICAT J., KERGOET G., LEVESCOT A. — « A propos du devenir des malades mentaux » (II), *Inf. psy.*, novembre 1972, pp. 919-931.
6. AZOULAY J., PREVOST J., JANY J.-C., LE GUILLOU A., ORSINI F., BORDES J. — Colloque sur « La continuité des soins dans un service psychiatrique public » (octobre 1971), *Evol. psy.*, janvier/mars 1973, tome XXXVIII, fascicule 1, pp. 135-176.
7. BAILLON G. — « Introduction à l'antipsychiatrie », *La Nef*, n° 42, janvier/mai 1971, pp. 19-37.
8. BALIER Cl. — « Une tentative de sectorisation « en profondeur » en milieu rural », *Inf. psy.*, juin 1961.
9. BALDUZZI E., ALBERTI G., SACCANI P. — « La politique de secteur dans la situation psychiatrique italienne actuelle », *Inf. psy.*, avril 1969, pp. 357-374.
10. BALINT M. — *Le médecin, son malade et la maladie*, PUF, 1960 (traduction de J.-P. Valabrega).
11. BALINT M. — *Techniques psychothérapeutiques en médecine*, Payot, 1966 (traduction de J. Dupont et J.-P. Valabrega).
12. BASAGLIA F. — *L'institution en négation*, Le Seuil, 1970.
13. BASAGLIA F. — « L'assistance psychiatrique comme problème anti-institutionnel », *Inf. psy.*, février 1971, pp. 159-163.
14. BASTIDE R. — *Sociologie des maladies mentales*, Flammarion, 1965.
15. BENOIT G. — « Les tares originelles du secteur, ses déviations et son destin » (Colloque de Courchevel), *Inf. psy.*, janvier 1970.
16. BERNIER L. — « Le travail en secteur vu par une assistante sociale », *Inf. psy.*, janvier 1963, pp. 25-32.
17. BIEDER J. — « S'asseoir sur le secteur », *Inf. psy.*, novembre 1965, pp. 761-764.

18. BIERER J. — « The Therapeutic Community Hostel », *Int. J. of Soc. Psy.*, 7, 5-9, 1960/I.
19. BION W. — *Experiences in Groups and other papers*, Tavistock Publications, London, 1961.
20. BONNAFÉ L. et DAUMEZON G. — « Pour réfléchir à la relation médecin-malade dans le futur service psychiatrique public de secteur », *Inf. psy.*, octobre 1959, pp. 451-468.
21. BONNAFÉ L. — « De la doctrine post-esquirolienne », *Inf. psy.*, avril 1960, pp. 423-444, *Inf. psy.*, mai 1960, pp. 559-570.
22. BONNAFÉ L. — « Secteur et défense professionnelle », *Inf. psy.*, mai 1961, pp. 239-252.
23. BONNAFÉ L. — « Thèses 1963 sur la psychiatrie de secteur », *Inf. psy.*, novembre 1963, pp. 507-520.
24. BONNAFÉ L., JACQUELIN M., MIGNOT H., RÉGIS A., SIVADON P., LAINÉ T., DELAROCHE P. — « Références doctrinales », *Inf. psy.*, numéro spécial dirigé par L. Bonnafé, avril 1963, pp. 279-328.
25. BOUKOVSKY V. — *Une nouvelle maladie mentale en URSS: l'opposition*, Le Seuil, 1971.
26. BRISSET C. — Article paru dans *Le Monde*, 28 août 1969.
27. BUCKLE D. F. — *Rapport sur une visite en Suisse*, OMS, Euro 305 (Suisse), 11-18 octobre 1966.
28. BURNER M. — « Rôle et activités du Centre psycho-social de Lausanne face à l'évolution de la psychiatrie extra-hospitalière », *Inf. psy.*, mai 1971, pp. 551-554.
29. CHANOIT P., DELTEIL P., BARROUX M., Cournut J. — « La réunion de pavillon. Valeur institutionnelle », *Inf. psy.*, novembre 1963, pp. 495-505.
30. CHAZAUD J. — « Sur la crise, Freud, la psychanalyse, l'idéologie et autres riens », *Inf. psy.*, novembre 1972, pp. 933-936.
31. CHERPILLOD C. — « Les traitements psychiatriques ambulatoires », *Inf. psy.*, mai 1971, pp. 579-587.
32. CLARK M. — « Les infirmiers dans la communauté thérapeutique », *Inf. psy.*, avril 1970, pp. 373-375.
33. COOPER D. — *Psychiatrie et anti-psychiatrie*, Le Seuil, 1970. Ed. orig. *Psychiatry and Anti-Psychiatry*, Tavistock Pub. Ltd., 1967.
34. Cournut J. — « Les institutions malades de la peste », *Interprétation*, janvier/juin 1970, vol. 4, n° 1 et 2, pp. 67-90.
35. DAUMEZON G., KOECHLIN P. — « La psychothérapie institutionnelle française contemporaine », *Anais Portugues de Psiquiatria*, 1953, vol. 4.
36. DAUMEZON G. — « Problèmes de la psychiatrie de secteur en France », *Inf. psy.*, novembre 1964, pp. 653-662.
37. DIATKINE G. — « La psychiatrie de secteur et les urgences », *Inf. psy.*, octobre 1972, pp. 765-826.
38. DIATKINE R. — « Table ronde sur la psychiatrie de secteur », Prangins, mai 1973.
39. DURAND Ch. — « Les facteurs iatrogènes dans la relation thérapeutique », *Bruxelles-Médical*, n° 36, 1966, pp. 805-815.
40. DURAND Ch. — « Le travail en équipe », exposé au cours de perfectionnement de la section Vaud-Valais de l'ASID, février 1973.
41. EY H. — *Manuel de psychiatrie*, Masson, 1963.
42. EY H. — « L'anti-anti-psychiatrie » ou « Les progrès de la science psychiatrique », exposé-conférence de Prangins, juin 1971.
43. EY H. — « Fragments de l'œuvre militante », *Inf. psy.*, numéro spécial, janvier 1972, pp. 57-61 et 91-103.
44. FAURE S., WEIL E., MEYER Ph., BODENHEIMER A. — « Dix ans après: le XIII^e — Etude de quelques données numériques », *Inf. psy.*, avril 1972, pp. 353-364.

45. FENICHEL O. — *The psychoanalytic Theory of Neurosis*, Routledge and Kegan Paul Ltd., London, 1946 (First published in England).
46. FOUCAULT M. — « L'histoire de la folie à l'âge classique », collection 10/18, 1961.
47. FOULKES S. H. — *Psychothérapie et analyse de groupe*, Payot, 1970; « *Therapeutic Group Analysis* », George Allen and Unwin, London, 1964.
48. FREEDMAN A. M., KAPLAN H. I. — « Community and Social Psychiatry », in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, pp. 1499-1559, Ed. The Williams & Wilkins Company, Baltimore, 1967.
49. GARONNE G. — « Psychologie et formation médicale », *Médecine et hygiène*, n° 952, 1971, pp. 297-306.
50. GARONNE G., SAMITCA D. C., THÉVENOZ L. — « La schizophrénie hors de l'hôpital. Tolérance de la société et problèmes d'adaptation », *Confrontations psychiatriques*, décembre 1968.
51. GENEVARD G. — « Les relations entre internistes et psychiatres », *Rev. méd. Suisse romande*, n° LXXV, 1961.
52. GENTIS R., TORRUBIA H. — « Notes sur la psychothérapie institutionnelle en 1968 », *Inf. psy.*, février 1969, pp. 141-153.
53. GENTIS R. — *La psychiatrie doit être faite/défaite par tous*, Ed. F. Maspero, 1973.
54. GILLIAND P. — « Vieillesse démographique et planification hospitalière ». Etudes fondées sur les données de la Suisse et du canton de Vaud. Département de l'intérieur. Service de la santé publique du canton de Vaud. Thèse 1969, p. 168, 2. 1.
55. GOFFMAN E. — *Asiles*. Editions de Minuit, 1968.
56. GRIVOIS H. — « La psychiatrie à l'hôpital général », *Psychiatrie française*, mars 1972, pp. 20-21.
57. HAYNAL A. — « Au sujet d'une expérience de psychothérapie pavillonnaire en hôpital psychiatrique », *Psychothér. Psychosom.*, vol. 15, n° 5, 1967, pp. 313-325.
58. HAYNAL A. — « La notion de normalité en psychiatrie », *Médecine et hygiène*, 1971, n° 29, pp. 1193-1199.
59. HERMANN P., JORDI P., JUNOD L., MASSON D. — « A propos de la collaboration médecins-assistantes sociales au sein de la polyclinique psychiatrique universitaire de Lausanne », *Evol. psy.*, n° 3, 1971, pp. 611-631.
60. HOCHMANN J. — *Pour une psychiatrie communautaire*, Le Seuil, 1971, pp. 189-226.
61. HOCHMANN J. — « La psychiatrie dans la communauté », *Inf. psy.*, mai 1971, pp. 557-562.
62. HORASSIUS M., MAZURELLE G. — « Application de la politique de secteur psychiatrique dans le département de la Vendée », *Inf. psy.*, décembre 1972, pp. 983-988.
63. HOUILLOIN G., VULLIEN B. — « La place du psychiatre dans une équipe médicale de secteur. L'expérience du centre de diagnostic des mines de Guesnain », *Inf. psy.*, octobre 1966, pp. 705-712.
64. *Information psychiatrique* — « Psychiatrie dans la communauté du XIII^e à Paris », numéro spécial, juillet 1965.
65. JAEGER F. — « Réflexions sur la psychiatrie sociale », Journées d'étude de psychiatrie sociale, Genève, mai 1971, *Inf. psy.*, juin 1972, pp. 591-602.
66. JAHAN A. — « Note relative aux difficultés d'application de la politique de secteur à l'hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise », *Inf. psy.*, décembre 1972, pp. 991-994.
67. JEANNEAU A. — « Secteur, libre choix et service libre », *Inf. psy.*, mars 1963, pp. 153-160.
68. JEANNEAU A. — « Deux notions du secteur », *Psychiatrie française*, mars 1972, pp. 17-18.
69. JONES E. — *La vie et l'œuvre de Freud*, tome I, PUF, 1958.
70. JONES M. — *Social psychiatry in Practice*, Penguin Books, London, 1968.

71. JONES M. — *Beyond the Therapeutic Community*, New Haven and London, Yale University Press, 1968.
72. KIPMAN-PLANKAERT J. — « Diminution de l'importance des rôles féminin et masculin lors de la création d'institutions mixtes », *Inf. psy.*, numéro spécial, « La mixité en milieu psychiatrique », septembre 1968, pp. 627-630.
73. KOECHLIN PH. et E. — « L'individu malade, l'institution et le secteur », *Inf. psy.*, avril 1969, pp. 395-398.
74. LAGACHE D. — *La psychanalyse*, PUF, 1967.
75. LAPLANCHE J., PONTALIS J. B. — *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, 1967.
76. LAURY G. V., LEVENSON A. I., SADOCK B., BOLMAN W. M. — « L'hygiène mentale dans la communauté », *Médecine et hygiène*, n° 925, juillet 1970.
77. LE GUILLANT L., DALLE B., RETANA C. — « Le travail social dans le cadre d'une expérience de psychiatrie de secteur », *Inf. psy.*, mai 1964, pp. 301-318.
78. LÉVY A. — *Les paradoxes de la liberté dans un hôpital psychiatrique*, Epi, 1969.
79. MAIN T. F. — « The Hospital as a therapeutic institution », *Bull. Menniger Clinic*, May 1946, vol. 10, n° 3.
80. MALINOWSKI B. — *La vie sexuelle des sauvages du nord-ouest de la Mélanésie*, Bibliothèque scientifique, Payot, 1930 — PBP, 1970.
81. MANNONI M. — *Le psychiatre, son « fou », et la psychanalyse*, Le Seuil, Paris, 1970.
82. MENDEL G. — *La crise des générations*, étude socio-psychanalytique, PBP, 1969, pp. 199-200.
83. MIGNOT H. — « Réflexions sur les principes d'organisation de la lutte contre les maladies mentales », *Inf. psy.*, mai 1960, pp. 549-558.
84. MIGNOT H. — « Le secteur », *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37915, A 10/5, 1967.
85. MIGNOT H. — « Principe d'organisation de la psychiatrie publique en France: la politique de secteur », Primer Congreso mediterráneo de psiquiatria, Palma de Mallorca, 1968.
86. MIVELAZ M. — « Organisation et évolution d'un service officiel en relation avec les secteurs psychiatriques et les institutions médico-sociales », 30^e Congrès international sur l'alcoolisme et les toxicomanies, septembre 1972.
87. OULÈS J., SOUBRIER R. — « Secteur et service hospitalier », *Inf. psy.*, mai 1962, pp. 421-424.
88. PAUMELLE PH. — « L'organisation du travail d'équipe dans le XIII^e arrondissement de Paris », *Social Psychiatry — Sozialpsychiatrie — Psychiatrie sociale*, Springer-Verlag, vol. 2, 1967.
89. PAVLOV I. — *Œuvres choisies*, Editions en langues étrangères, Moscou, 1954.
90. POROT M., DUCLAUX B., COUDERT A. J. — « Les besoins psychiatriques des hôpitaux généraux », *Annales médico-psychologiques*, tome 1, n° 5, mai 1972, pp. 609-624.
91. RACAMIER P. C. — *Le psychanalyste sans divan* (essais sur les mécanismes institutionnels), Payot, 1970.
92. RACAMIER P. C. — « Le soin institutionnel des psychotiques: nature et fonction », *Inf. psy.*, octobre 1970, pp. 745-761.
93. RACAMIER P. C. — « La psychiatrie nouvelle face aux nouvelles illusions », *La Nef*, n° 42, janvier/mai 1971, pp. 591-602.
94. RAPOPORT R. — « Community as Doctor », *Social Sciences Paperbacks*, 1960.
95. *Revue française de psychanalyse* — « La normalité », PUF, tome XXXVI, mai 1972.
96. RUBINS J. L. — « Tendances psychosociales actuelles aux Etats-Unis », *Médecine et hygiène*, n° 912, avril 1970, pp. 557-568.
97. SAFIRSTEIN S. L. — « Le transfert institutionnel », *Inf. psy.*, décembre 1971, pp. 869-881.
98. SAPIR M. — *La formation psychologique du médecin*, Payot, 1972, chap. III, pp. 38-47.

99. DE SAUSSURE R. — « La psychothérapie d'Esquirol », *Evol. psychiat.*, fasc. 1, 1939, pp. 53- 57.
100. SCHNEIDER P. B., CHISTONI G. C., BARON P., SCHELLHORN J.-P. — « Contribution à l'étude des problèmes de la psychiatrie ambulatoire », I. Etude de la population d'un service psychiatrique ambulatoire, *Psychiatrie sociale*, vol. 2, n° 2, 1967, pp. 51-65, Ed. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York.
101. SCHNEIDER P. B. & coll. — Suite réf. n° 100, *Psychiatrie sociale*, vol. 3, n° 3, 1968, pp. 98-115.
102. SCHNEIDER P. B. — *Psychologie médicale*, Payot, 1969, pp. 25-31 et 241-248.
103. SCHNEIDER P. B., DE PERROT E. — « Le jeu de rôle comme instrument d'enseignement à l'étudiant en médecine de la relation médecin-malade », extrait de la *Revue de médecine psychosomatique et de psychologie médicale*, n° 4, 1970.
104. SCHNEIDER P. B., DE PERROT E. — « Considérations sur l'utilisation du jeu de rôle comme moyen d'enseignement de la relation médecin-malade », extrait de la *Revue de médecine psychosomatique et de psychologie médicale*, n° 2, 1971.
105. SZASZ T. S., KNOFF W. F., HOLLENDER M. H. — « The doctor-patient relationship and its historical context », *Am. J. Psychiat.*, 115, 1958, pp. 522-528.
106. TORRUBIA H. — « A propos de la psychiatrie de secteur », *Inf. psy.*, octobre 1959, pp. 469-474.
107. TOSQUELLES F. — « Quelques aperçus sur l'histoire de la psychothérapie », *Inf. psy.*, 40, 5^e série, 1964, pp. 401-416.
108. TOSQUELLES F. — « Que faut-il entendre par psychothérapie institutionnelle ? », *Inf. psy.*, avril 1969, pp. 377-384.
109. VERMOREL H. et M. — « Essais sur l'évolution de l'hôpital psychiatrique », *Inf. psy.*, février 1966, pp. 117-142.
110. VERMOREL H. — « Politique de secteur et psychothérapie institutionnelle », *Inf. psy.*, février 1968.
111. VERMOREL H. — « Avantages et difficultés de l'évolution vers la politique de secteur d'un hôpital psychiatrique provincial de moyenne importance », *Inf. psy.*, décembre 1972, pp. 1005-1011.
112. WINNICOTT D. W. — « Psychosomatic Illness in its Positive and Negative Aspects », *Inf. J. Psycho-anal.*, 47, 1966.
113. WOODBURY M. — « L'équipe thérapeutique », *Inf. psy.*, décembre 1966.
114. WOODBURY M. — « Ethnologie et psychiatrie », *Inf. psy.*, février 1972, pp. 141-153.

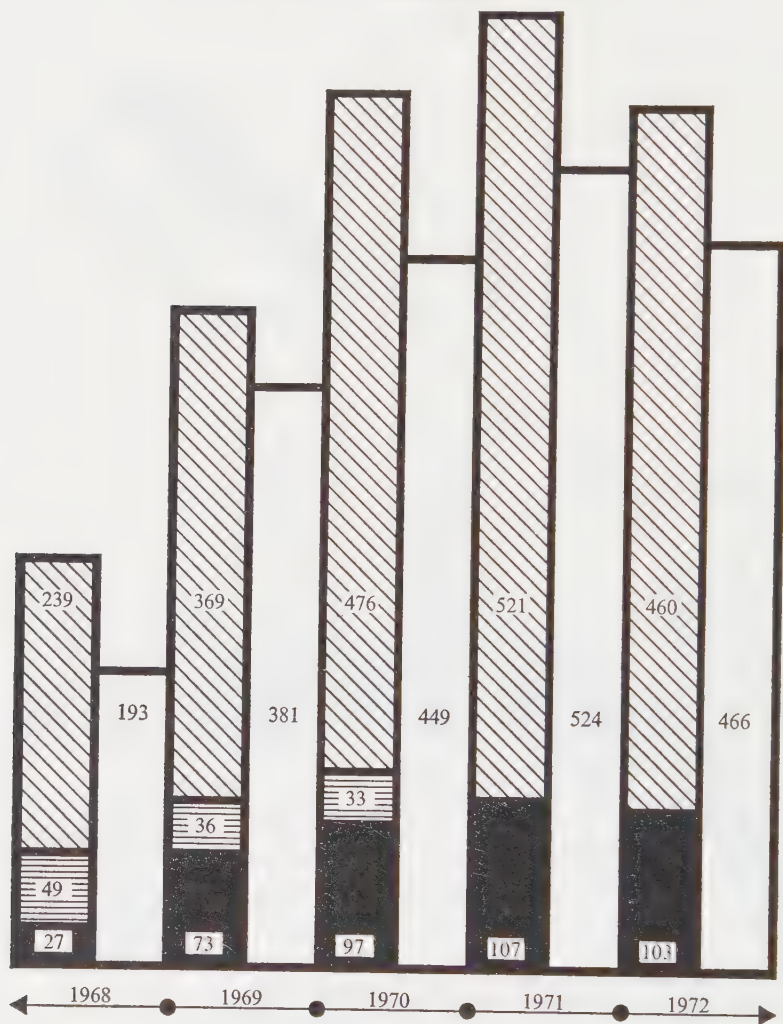
Fig. 1



PLAN HOSPITALIER VAUDOIS
LES ZONES SANITAIRES ET LES HÔPITAUX EN 1980

Zone	I	Lausanne et environs	—	LIMITES	DU CANTON
	II	Morges-Aubonne	—	»	DES ZONES
	III	Vevey-Montreux	■	HÔPITAL	CANTONAL UNIVERSITAIRE
	IV	Nyon-Rolle	▲	»	DE ZONE
	V	Cossonay-Orbe	■	»	RÉGIONAL
	Va	La Vallée	●	»	PSYCHIATRIQUE
	VI	Yverdon-Grandson	▼	»	GÉRIATRIQUE
	Vla	St-Croix	◆	»	ÉTABLISSEMENT SPÉCIALISÉ
	VII	Payerne-Avenches-Moudon			
	VIII	Aigle			
	VIIIa	Pays d'Enhaut			

Fig. 2
Bilan de l'activité hospitalière 1968-1972



-  Nombre total de sorties (y compris placements)
-  Nombre de malades présents au 1^{er} janvier
-  Nombre total d'admissions
-  Nombre de patients transférés du secteur centre compris dans le nombre total

Fig. 3

	Cas transférés de Cery	Toujours présents	Placés	Décédés	Rosière	Cery	Autres établ.	Famille ou travail
<i>Hommes</i>								
1968	26	20	5	1	—	—	—	3
1969	12	4	5	3	—	—	—	—
1970	31	4	20	4	1	—	1	1
	69	28	30	8	1	—	1	4
<i>Femmes</i>								
1968	23	18	5	—	—	—	—	3
1969	24	9	10	4	—	—	—	1
1970	2	—	1	—	1	—	—	—
	49	27	16	4	1	—	—	5
<i>Ensemble</i>								
1968	49	38	10	1	—	—	—	6
1969	36	13	15	7	—	—	—	1
1970	33	4	21	4	2	—	1	1
	118	55	46	12	2	—	1	2
			57	19	10	1	3	9

Chiffres en gras = situation à fin 1972.

Fig. 4

Secteur psychiatrique ouest du canton de Vaud

Nyon - Rolle - Aubonne - Morges - Cossonay

5 districts = 80 000 habitants

- Intra-hospitalier
1. Hôpital psychiatrique de Prangins (140 lits), soit 6 unités de soins (1 unité de soins $\cong$ 25 lits)
 2. Hôpital géro-psycho-éducatif de Gimel (170 lits)

- Extra-hospitalier
1. Centre psychosocial du secteur Ouest
 2. Polycliniques psychiatriques Nyon - Morges - Cossonay

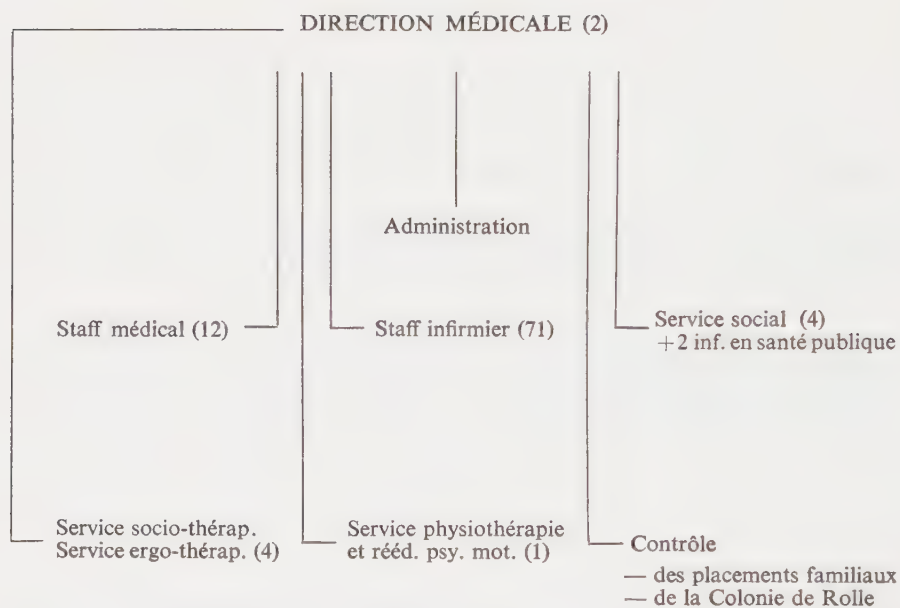
Fig. 5

*Bilan de l'activité hospitalière et ambulatoire
1968-1972*

<u>AMBULATOIRE</u>	<u>1968</u>	<u>1969</u>	<u>1970</u>	<u>1971</u>	<u>1972</u>
Consultations psychosociales	246	818	871	1 197	
Consultations psychiatriques (post-cures, polycliniques, psychothérapies)	654	1 511	2 948	3 592	4 668

<u>HOSPITALIÈRE</u>					
Entrées	239	369	476	521	460
Sorties	193	381	466	524	449
Journées		33 381	36 501	39 165	40 676

Fig. 6



Personnel soignant selon décret d'organisation

Fig. 7

Secteur psychiatrique Ouest du canton de Vaud

Eventail des soins offerts aux malades

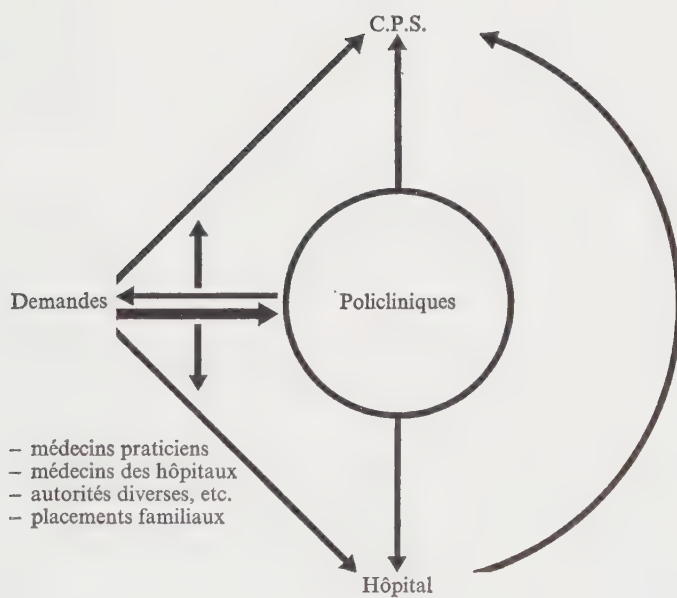


Fig. 8 *Population psychiatrique — Pensions du secteur Ouest*

	Nombre de pensionn.	Nombre de pensionn. psy.	Prangins	Provenance Cery	GE Bel-Air	SS Vaud Divers	Garantie Serv. Assist.	Famille Tuteur
Apples — Asile Baud	27	11	4	6	1	—	14	8
Arnex/N. — P. Chabloz	3	3	3	—	—	—	3	—
Arzier — Coq d'Or	26	18	10	6	2	—	16	8
Ballens — P. Croisier	1	1	1	—	—	—	1	—
Bière — P. Annen	19	15	7	7	—	1	14	4
Crans/Cél. — Petits-Bois	50	50	4	—	27	19	5	7
Dail lens — P. Trolliet	1	1	1	—	—	—	1	—
Eysins — P. Pacynski	3	3	2	—	1	—	2	—
Gimel — P. Tille	30	20	7	8	3	2	15	12
Gimel — P. Soerensen	55	13	8	—	3	2	55	—
Gland — P. Béthanie	8	2	1	1	—	—	2	6
Mont/Rolle — P. Arbasetti	17	17	11	—	6	—	11	—
Morges — P. Floréal	45	14	14	—	—	—	37	8
Morges — P. Cavin	14	14	2	12	—	—	13	1
Morges — P. Im Pénard	4	3	3	—	—	—	3	1
Nyon — P. Walthert	2	2	2	—	—	—	2	—
Orny — P. Cottier-Boys	37	7	7	—	—	—	33	4
St-Georges — Les Chênes	20	19	3	—	15	1	4	1
Tranchepied — Huntziker	6	6	6	—	—	—	6	—
Vich — P. Pépin	9	1	1	—	—	—	1	8
Vich — P. Berthet	3	3	3	—	—	—	3	—
Yens/Morges — P. Bride	6	3	2	1	—	—	6	—
Situation au 20.12.72	386	226	102	41	58	25	247	68

Note : 58,5 % du nombre total des pensionnaires de ces établissements ont été placés par des organismes psychiatriques divers; 26,4 % des pensionnaires ont été placés par le secteur psychiatrique Ouest, soit 45 % du nombre total des pensionnaires psychiatriques.

Fig. 9 Population psychiatrique — Autres pensions du secteur Ouest

	Nombre de pensionnaires	Nombre de pensionnaires psy.	Prangins	Provenance Cery	Bel-Air
Begnins — Asile Côte	37	3	—	1	2
Borex — Sutter	15	—	—	—	—
Denens — Jossevel	2	1	—	1	—
Echandens — Romanowska	8	—	—	—	—
Echichens — Le Silo	60	2	—	2	—
Essertines/Rolle — Ramel	10	10	—	—	10
Féchy — Le Château	19	3	1	2	—
Lonay — Riond	2	—	—	—	—
Lussy — Stevenin	19	1 (6)	—	1	—
La Clairière — Mies	30	2	2	—	—
Pampigny — Zimmermann	3	—	—	—	—
Pampigny — Pittet	3	3	—	3	—
Prangins — Dupraz	3	—	—	—	—
Préverenges — Gehret	3	1	—	1	—
Situation au 20 décembre 1972	214	26	3	11	12

Note : 11,7% du nombre total des pensionnaires de ces établissements ont été placés par des institutions psychiatriques.

Les chiffres et les pourcentages des tableaux ci-dessus sont une évaluation sommaire de la situation des pensions en place sur le secteur, mais en donnent un reflet global. (Même remarque pour la fig. 8.)

Adresse de l'auteur; Secteur psychiatrique Ouest, CH-1197 Prangins

